

Prioritering av folkehelse i kommunene

Endret etter samhandlingsreformen?

Hanna Heibø Modalsli



Masteroppgave i statsvitenskap

Institutt for statsvitenskap

UNIVERSITETET I OSLO

Høst 2014

Prioritering av folkehelse i kommunene

Endret etter samhandlingsreformen?

© Hanna Heibø Modalsli

2014

Prioritering av folkehelse i kommunene. Endret etter samhandlingsreformen?

Hanna Heibø Modalsli

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

Sammendrag

Tema for denne oppgaven er folkehelsearbeidet i kommunene. Gjennom iverksettingen av samhandlingsreformen i 2012 fikk kommunene økt ansvar for folkehelse. Problemstillingen som undersøkes i denne oppgaven er om kommunene prioriterer folkehelsearbeidet høyere etter at samhandlingsreformen trådte i kraft, og hva som kan forklare at kommunene prioriterer forskjellig. Det anvendes et agendasettingsteoretisk rammeverk for å besvare problemstillingen. Sammenligning av surveydata fra 2011 og 2014 viser en økning i kommunenes prioritering av folkehelse, men økningen er beskjeden. Supplert med intervjudata viser resultatene at det er en tendens til at det individrettede, forebyggende folkehelsearbeidet prioriteres mer enn det samfunnsrettede, helsefremmende arbeidet. Man kan altså se en endring i kommunenes prioritering av folkehelse fra 2011 til 2014. Variasjonen i denne prioriteringen studeres ved hjelp av regresjonsanalyser, der forskjellige trekk ved kommunene brukes som forklaringsvariabler. Resultatene fra regresjonsanalysene viser at både kommunestørrelse, sentralitet og organisering av budsjettprosessen kan virke inn på prioritering av folkehelse. I tillegg kan kommunenes økonomiske kapasitet og politiske profil ha betydning for prioriteringen av helsefremmende tiltak.

Forord

Flere års utdannelse ved Universitetet i Oslo avsluttes med denne masteroppgaven. I arbeidet med oppgaven er det flere som fortjener en takk.

Jeg vil først og fremst takke mine to veiledere. Takk til hovedveileder Harald Baldersheim for ditt engasjement for oppgaven og grundige tilbakemeldinger i hele skriveprosessen. Jeg har satt pris på all tid du har brukt på oppgaven min. Marit K. Helgesen ved Norsk institutt for by- og regionforskning (NIBR) har vært en svært motiverende biveileder. Takk for at ga meg datamateriale, inviterte meg til NIBR og for konstruktive råd. Takk til Arild Schou som leder prosjektet «Samhandlingsreformens effekt på kommunen som helsefremmende og sykdomsforebyggende aktør» for å ha stilt data til disposisjon. Det har vært hyggelig og motiverende å skrive oppgaven på NIBR.

Knut-Andreas Christophersen fortjener en stor takk for å ha besvart alle mine statistikk-spørsmål, og Helene Roshauw har vært en god hjelp med å finne fram til relevante variabler og tilrettelegge datasettene jeg har brukt.

Jeg vil gjerne takke alle venner på Blindern for fine år. Takk til mine andre venner for tålmodigheten de siste månedene, nå er jeg endelig ferdig! Takk til familien for at dere alltid heier på meg, og til min far for korrekturlesing. Tusen takk til Erlend for god støtte og godt humør.

Eventuelle feil og mangler i oppgaven er mitt ansvar alene.

Antall ord: 29722

Innholdsfortegnelse

1	Problemstilling.....	1
1.1	Hva er samhandlingsreformen?	2
1.2	Hva er kommunalt folkehelsearbeid?	3
1.3	Statsvitenskapelig relevans.....	4
1.3.1	Folkehelse som komplekst problem	4
1.3.2	Helsereformer er politisk omstridte.....	6
1.4	Oppgavens oppbygning	7
2	Folkehelse	9
2.1	Hva sier folkehelseloven?.....	11
2.2	Finansiering av folkehelsearbeidet	13
2.3	Tilsyn med folkehelsearbeidet.....	15
2.4	Forskning om folkehelse	15
3	Teoretisk rammeverk.....	18
3.1	Hva er agendasetting?.....	18
3.2	Hva kan forklare om en sak kommer på dagsorden?.....	20
3.2.1	Når en sak kommer på dagsorden	21
3.3	Hva kan forklare prioritering?	22
3.3.1	Problemstrømmen	22
3.3.2	Policystrømmen.....	23
3.3.3	Politikkstrømmen	25
3.4	Oppsummering	26
4	Metode	28
4.1	Datamateriale.....	28
4.1.1	Statistisk datamateriale.....	28
4.1.2	Intervjudata.....	30
4.1.3	Dokumentdata	30
4.1.4	Bearbeidelse av datamaterialet.....	31
4.2	Forskningsdesign	32

4.2.1	Oppgavens forskningsdesign.....	32
4.2.2	Eksperiment som alternativt design	33
4.3	Operasjonalisering	35
4.3.1	Omkodinger.....	35
4.3.2	Indekskonstruksjoner	37
4.3.3	Uavhengige variabler	39
4.4	Spesifisering av statistisk modell	43
4.5	Vurdering av validitet og reliabilitet	44
5	Folkehelsearbeidet i kommunen	47
5.1	Grunnlaget for folkehelsearbeidet	47
5.1.1	Hvorfor er oversiktsarbeidet vanskelig?	49
5.2	Har reformen endret fokus i folkehelsearbeidet?	50
5.3	Forebyggende tiltak i helsesektoren	52
5.4	Tverrsektorielt folkehelsearbeid	54
5.5	Spillovervindu i samhandlingsreformen.....	60
5.6	Er prioritering av folkehelse endret etter reformen?	62
6	Regresjonsanalyser.....	64
6.1	Forutsetninger for regresjonsanalyse.....	65
6.2	Behandling av missing.....	65
6.3	Er forutsetningene for regresjonsanalyse oppfylt?	67
6.4	Hva forklarer variasjonen i prioritet?	68
6.4.1	Forklaringsvariablenes påvirkning på prioritet av folkehelse	69
6.5	Er mønsteret det samme for helsefremmende tiltak?	72
6.5.1	Forklaringsvariablenes påvirkning på helsefremmende tiltak	74
6.6	Nye tjenestetilbud som spillovervindu	76
6.7	Oppsummering	79
7	Tolkning av resultatene	81
	Litteraturliste.....	85
	Vedlegg	93

Liste over figurer og tabeller

Figur 2.1. Helsens påvirkningsfaktorer	10
Tabell 2.2. Min definisjon av helsefremming og forebygging.....	11
Figur 3.1. Agendasettingsskalaen.....	19
Figur 3.2. Kingdons begreper knyttet til operasjonelle faktorer.	27
Figur 4.1. Sammenligning av indekser.....	43
Figur 4.2. Regresjonsanalyse med prioriteringsindeks som avhengig variabel	43
Figur 4.3. Regresjonsanalyse med indeks for helsefremmende tiltak som avhengig variabel.	44
Tabell 5.1. Utarbeidet oversikt over helsetilstanden	48
Tabell 5.2. Krysstabell mellom kommuner som har folkehelsekoordinator og har oversikt over helsetilstanden.	49
Tabell 5.3. Endret fokus i folkehelsearbeidet etter samhandlingsreformen..	50
Tabell 5.4. Andel kommuner som har utviklet forebyggende tiltak..	53
Tabell 5.5. Folkehelsekoordinator i kommunene.....	54
Tabell 5.6. Andel av folkehelsekoordinatorens tid som er satt av til folkehelsearbeid.....	55
Tabell 5.7. Folkehelsekoordinatorens nærmeste leder..	57
Tabell 5.8. Andel kommuner som har iverksatt helsefremmende tiltak..	59
Tabell 5.9. Andel kommuner som har utviklet nye tjenestetilbud..	61
Tabell 6.1. Variabelrekkefølge i sekvensiell regresjonsanalyse	66
Tabell 6.2. Sekvensiell regresjonsanalyse med indeks for prioritet som avhengig variabel....	68
Tabell 6.3. Sekvensiell regresjonsanalyse med indeks for helsefremmende tiltak som avhengig variabel.	73
Tabell 6.4. Sekvensiell regresjonsanalyse med indeks for helsefremmende tiltak som avhengig variabel. Nye tjenestetilbud inkludert som uavhengig variabel.	77
Tabell 6.5. Oppsummering av hypotesene.	80

1 Problemstilling

Spørsmålet jeg skal svare på i denne oppgaven er om samhandlingsreformen har påvirket prioriteringen av folkehelse i kommunene. Samhandlingsreformen ble iverksatt i 2012 gjennom to nye lover, Folkehelseloven og Helse- og omsorgstjenesteloven. To år etter iverksettingen er det interessant å undersøke om reformen har fått kommunene til å prioritere folkehelse mer enn før, og hva som eventuelt kan forklare variasjon i prioritering. Jeg vil benytte et policyteoretisk rammeverk for å undersøke prioriteringen. For å undersøke hvorfor kommuner prioriterer ulikt, vil forskjellige trekk ved kommunen være mulige forklaringsmodeller. Problemstillingen er som følger:

Har samhandlingsreformen påvirket prioriteringen av folkehelse i kommunen?

Hva kan forklare forskjeller i prioritering mellom kommuner?

Utgangspunktet for denne oppgaven er interessen for å finne ut om samhandlingsreformens påvirkning på kommunalt folkehelsearbeid. For å svare på problemstillingen vil jeg sammenligne resultatene fra to spørreundersøkelser om kommunalt folkehelsearbeid. Den første spørreundersøkelsen dekker folkehelsearbeid i kommunene i 2011, før samhandlingsreformen ble iverksatt. Helgesen og Hofstad avdekket i sin undersøkelse av kommunalt folkehelsearbeid før reformens iverksettelse at 71 prosent av norske kommuner ikke har utarbeidet kunnskapsoversikt over helsetilstanden i befolkningen, selv om kommuneloven har stilt krav om dette siden 1987 (2012, s. 81). Denne kunnskapsoversikten skal utgjøre grunnlaget for folkehelsetiltak i kommunene, og folkehelseloven og samhandlingsreformen har aktualisert og spesifisert dette oversiktsansvaret. Det er våren 2014 sendt ut en oppfølgingssurvey for å undersøke hvilke endringer samhandlingsreformen har hatt på folkehelsearbeidet så langt. Univers og utvalg for spørreundersøkelsene er alle norske kommuner og Oslos bydeler. Problemstillingen vil undersøkes ved hjelp av ulike indikatorer i survey-undersøkelsene, som for eksempel om kommunen har utarbeidet oversikt over helsetilstanden, om de har folkehelsekoordinator, hvor stor stillingsprosent folkehelsekoordinatoren har og hvem som er nærmeste leder. Jeg vil også se på om kommunene har iverksatt helsefremmende og forebyggende tiltak som en oppfølging av samhandlingsreformen, før jeg vil undersøke hva som kan forklare variasjonen i kommunenes prioritering. Først vil det bli gitt en kort presentasjon av samhandlingsreformens

hovedinnhold og hvorfor denne studien er relevant. Deretter vil jeg gå nærmere inn på folkehelse.

1.1 Hva er samhandlingsreformen?¹

I de følgende avsnittene vil det kort bli gjort rede for hovedtrekk i samhandlingsreformen, basert på St.meld. nr. 47 (2008-2009) *Samhandlingsreformen*. Veien fra reformforslag til iverksetting har medført endringer, og det endelige resultatet finnes i Helse- og omsorgstjenesteloven og Folkehelseloven. Stortingsmeldingen gir imidlertid et godt bilde av reformens visjon og hovedmålsettinger, så derfor legger jeg den til grunn for denne innledende redegjørelsen. Formålet er å gi en beskrivelse av den store reformpakken folkehelsearbeidet er en del av. Samhandlingsreformen omtales som en *retningsreform* for norsk helsevesen, og retningsskiftet innebærer å rette fokuset fra behandling til mer fokus på forebygging og helsefremmende arbeid (Alvsvåg, 2013, s. 348). Det kan også spekuleres i om begrepet retningsreform brukes for å understreke at endringsprosesser er langsomme og at det kan ta lang tid å realisere eventuelle reformgevinster (Abelsen, Ringholm, Emaus, & Aanesen, 2012, s. 7). I følge Stortingsmeldingen er to hovedbegrunnelser for samhandlingsreformen å sikre den norske velferdsstatens bærekraftighet for framtidige generasjoner, og å gjøre spesialisthelsetjenesten tilgjengelig for dem som trenger den. I tillegg nevnes tre andre årsaker. Den første er at norske helsetjenester er for fragmenterte, og at helsetjenesten dermed preges av samhandlingsproblemer på grunn av ulike målformuleringer hos spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten fokuserer på medisinsk helbredelse, mens kommunal helsetjeneste derimot fokuserer på pasientens evne til mestring og funksjonsnivå. For helsevesenet kan disse målene føre til kommunikasjonsproblemer om hva som skal vektlegges hos den enkelte pasient, mens de for pasienten kan oppleves som gjensidig avhengige. Den andre årsaken til reform er at det legges for liten innsats i forebygging av helseproblemer, mens den tredje årsaken er at endringer i sykdomsbildet og demografisk utvikling kan anses som trusler mot samfunnets økonomiske bæreevne. Derfor anses en helsereform som nødvendig for å kunne bremse kostnadsveksten. Velferdsstatens kjerneverdier får gjenklang i samhandlingsreformen: ”Lik tilgang til gode og likeverdige helse- og omsorgstjenester uavhengig av personlig økonomi og bosted” (St. meld. nr. 47, 2008-2009, s. 13–14). Samhandlingsreformen innebærer ikke å gjøre gamle ting på en

¹ Deler av dette avsnittet bygger på min oppgave i STV3090 – Politisk analyse.

ny måte, men er en innholdsmessig reform der tiltakene skal utvikles over tid av og i kommunene (Jenssen, 2013, s. 208). Kommunal medfinansiering er en viktig del av reformen, hvor kommunene blir gjort ansvarlige for 20 prosent av kostnadene for innbyggernes forbruk av spesialisthelsetjenester. Kostnadene i helsesektoren skal reduseres ved at man erstatter sykehusbruk med kommunale tjenester (Hagen & Tjerbo, 2013, s. 76). Samhandlingsreformen er en sammensatt reform. Fordi det er folkehelse som er tema for denne oppgaven, vil jeg i det videre ikke gå nærmere inn på reformens andre deler, som forholdet mellom kommunene og helseforetakene.

1.2 Hva er kommunalt folkehelsearbeid?

De nasjonale målene for folkehelsearbeidet er at Norge skal være et av de tre landene i verden som har lengst levealder. Befolkningen skal oppleve flere leveår med god helse, trivsel og reduserte sosiale helseforskjeller, og vi skal skape et samfunn som fremmer helse i hele befolkningen (Meld. St. 34, 2012-2013, s. 10). I folkehelseloven defineres *folkehelse* som ”befolkningens helsetilstand og hvordan helsen fordeler seg i en befolkning”, mens *folkehelsearbeid* er ”samfunnets innsats for å påvirke faktorer som direkte eller indirekte fremmer befolkningens helse og trivsel, forebygger psykisk og somatisk sykdom, skade og lidelse, og som beskytter mot helsetrusler, samt arbeid for en jevnere fordeling av faktorer som direkte eller indirekte påvirker helsen” (Lov om folkehelsearbeid av 24. juni 2011 nr. 29, § 3). I denne oppgaven forstås begge disse begrepene som samfunnets innsats for å bedre folkehelsen, så begrepene brukes litt om hverandre.

I Helse- og omsorgskomiteens innstilling til samhandlingsreform slås det fast at ”forebyggende helsearbeid ikke er tilstrekkelig forpliktende i sentrale deler av lovverket”. Komiteen sier seg også enig med Regjeringen som merker seg at selv om den eksisterende kommunehelsetjenesteloven i utgangspunktet skulle være en god lov for forebyggende og helsefremmende arbeid, viser erfaring fra tilsynssaker at det er utfordrende å stille krav til forebygging (Innst. 212 S, 2009-2010, s. 27–28). Et av hovedgrepene i reformen er en ”ny framtidig kommunerolle” (St. meld. nr 47, 2008-2009, s. 16). I stortingsmeldingen om reformen presenteres seks områder som kommunene skal fokusere på når det gjelder hvordan det forebyggende arbeidet skal styrkes. Kommunene skal skaffe seg bedre oversikt over grunnleggende helseutfordringer i lokalsamfunnet for å ivareta forebygging på systemnivå.

De skal konsentrere forebyggingsinnsatsen mot tiltak som gir dokumentert effekt, opprette kommunale lærings- og mestringstilbud og lavterskeltilbud. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal ha forebyggende tverrfaglig arbeid som sitt perspektiv, og det skal legges vekt på tidlig intervensjon gjennom skolehelsetjenesten. Det skal i tillegg drives kompetansebygging innen forebyggende helsetjenester, ernæring, miljørettet helsevern og samfunnsmedisin (St. meld. nr. 47, 2008-2009, s. 83–86). Kravet til oversikt over innbyggernes helsetilstand er i all hovedsak en videreføring av § 1-4 i Kommunehelsetjenesteloven av 1982, i tillegg til § 4 i Lov om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet av 2009. Kommunens ansvar for oversiktsarbeid går imidlertid enda lenger tilbake. Sundhetsloven av 1860 påla i praksis oversikt over helsetilstand og det som påvirker helsen. Det nye med folkehelseloven er at oversiktsarbeidet nå er tettere knyttet til kommunens planprosesser (Helsedirektoratet, 2013a, s. 5–6). Slik skal folkehelse integreres i hele kommunens virksomhet, og ikke bare i helsesektoren.

1.3 Statsvitenskapelig relevans

Å studere samhandlingsreformen og prioritering av kommunalt folkehelsearbeid er statsvitenskapelig relevant på flere måter. En hovedgrunn for relevans er at det er en studie av en omfattende helsereform på lokalt nivå. I de neste avsnittene vil jeg drøfte folkehelse som et komplekst samfunnsproblem og hvorfor helsereformer er politisk omstridte.

1.3.1 Folkehelse som komplekst problem

Norske helsereformer blir presentert som løsningen på lange sykehuskøer og finansieringsproblemer i helsesektoren (Hafstad, 2001). Reformene er politisk omstridte og reiser interessante problemstillinger om effektiv organisering av helsevesenet. God folkehelse er imidlertid en målsetting som er lite omstridt. De fleste politiske partier er enige om at folkehelse er en viktig sak, og det er slik sett et ukontroversielt politisk tema. I Leif Arne Heløes gjennomgang av folkehelsepolitikken finner han at forebyggende tiltak de siste tiårene har blitt lovprist i alle fora, men at gjennomføringen er det svake punktet. Han skriver at folkehelse og idealet om å forebygge sykdom står fjellstøtt - helt til det rennes ned av andre hensyn (2010, s. 213). Selv om folkehelse er lett å enes om, har folkehelse som sak ofte blitt oversett. I den politiske debatten prioriteres ofte akutte problemer framfor saker der resultatene ligger langt fram i tid. Gevinsten av å forebygge sykdom høstes en gang i

framtidig, så selv om folk er positive til folkehelse tiltak, er få villige til å gi forebyggingen prioritet framfor å løse akutte problemer (Heløe, 2010, s. 217).

Folkehelse er altså en målsetting som er lett å slutte opp om, men vanskelig å håndtere i praksis (Hofstad, 2012, s. 19). Som et statsvitenskapelig tema er folkehelse derfor interessant å karakterisere som et *wicked problem*. Dette er et mye brukt begrep i planleggingslitteraturen og karakteriserer samfunnsproblemer som er vanskelige å løse. I tråd med Hege Hofstads forskning på norsk, bruker jeg oversettelsen *komplekse problemer* (2012, s. 18). Definisjonen av komplekse problemer er sammensatt, men et hovedmoment er at problemet henger tett sammen med løsningen, slik at problemet ikke kan defineres før man har løsningen.

Komplekse problemer løses ikke på et gitt tidspunkt, men er kontinuerlige. Løsningene er enten ”bra nok” eller bedre eller dårligere enn status quo. Folkehelse er et kontinuerlig problem, i den forstand at målet ikke kan forventes oppnådd på et bestemt tidspunkt, men at stadige forbedringer skal gi bedre folkehelse på lang sikt. I tillegg presenteres ikke folkehelsearbeidet i samhandlingsreformen som den perfekte løsningen på folkehelseutfordringene, men heller som en tilfredsstillende, stegvis løsning på dette tidspunktet. For komplekse problemer kan løsningen heller ikke eksperimenteres med, fordi alle forsøk skaper stivhengighet. I tillegg kan hvert komplekse problem være et symptom på et annet problem, slik at problemet bør forsøkes løst på så høyt politisk nivå som mulig.

Aktører i en organisasjon har en tendens til å mene at problemet ligger på et nivå under dem selv (Rittel & Webber, 1973, s. 160–167). Folkehelse lagt til kommunen er et godt eksempel. Noen vil mene at folkehelse krever strengere avgiftspolitikker på usunn mat og alkohol, og at det dermed er staten som burde få ansvaret for å løse folkehelseproblematikken. At staten har gitt ansvaret til kommunene sier ikke nødvendigvis at staten ikke tar dette ansvaret, men at oppgaven med forebygging av helseproblemer delegeres til det lokale nivået. Det må bemerkes at Rittel og Webber omtaler byråkratiske organisasjoner. Norske kommuner er ikke rendyrkede byråkratiske organisasjoner, men relativt autonome enheter som står i en særstilling som velferdsprodusenter og politiske enheter (Baldersheim & Rose, 2005, s. 17). Norske stat-kommune-relasjoner passer dermed ikke umiddelbart inn i Rittel og Webbers typologi. At folkehelse er lagt til kommunen er logisk med tanke på kommunens rolle som velferdsprodusent, og med tanke på hvor stor autonomi kommunen har i Norge. Det er altså flere aspekter ved typologien om komplekse problemer som må nyanseres, men at folkehelse karakteriseres som et komplekst problem, kan ha betydning for prioritering ved at det kan bli

vanskelig å gå fra ord til politisk handling. Man kan se på folkehelse som en kompleks, men oversett og ukontroversiell sak. Kostnadskontroll og bekjempelsen av sykehuskøer er derimot helsepolitiske saker som er langt mer omstridte og kontroversielle. De er heller ikke oversett i like stor grad som folkehelse, og resultatet kan vi se i sykehusreformen.

1.3.2 Helsereformer er politisk omstridte

Gjennom sykehusreformen som ble iverksatt i 2002, overtok staten eierskapet for sykehusene fra fylkeskommunen. Fram til 2001 hadde norske helsetjenester blitt styrt av folkevalgte representanter, men en ny styringsfilosofi kom med sykehusreformen. Sykehusene tok inspirasjon fra næringslivet, og profesjonelle styremedlemmer erstattet folkevalgt styring. Sykehusreformen er basert på en New Public Management (NPM)-tankegang om at offentlig sektor vil bli mer effektiv hvis den styres som en forretningsvirksomhet (Veggeland, 2013, s. 25). Bakgrunnen for reformen var blant annet uklare ansvarsforhold i styringen, manglende kontroll over utgiftene og forskjeller i ressursbruk mellom regioner og mellom sykehus (Romøren, 2011, s. 183–186). Sykehusreformen skapte stor politisk debatt. Kristelig Folkeparti (KrF) og Senterpartiet (Sp) mente at sykehusdriften fortsatt skulle være fylkeskommunal, mens Høyre (H), Fremskrittspartiet (FrP) og en stor del av Arbeiderpartiet (Ap) kjempet for at staten skulle overta driften av sykehusene (Heløe, 2010, s. 142). Reformen ble skapt av Stoltenberg I-regjeringen, men Bondevik II-regjeringen bestående av KrF, H og Venstre (V) iverksatte reformen i 2002. Både sykehusreformen og samhandlingsreformen representerer løsninger på et politisk problem om dårlig effektivitet i helsesektoren, og begge reformene har kostnadseffektivitet som en drivkraft. Det er et forretningsperspektiv på helsevesenet som ligger bak at kommunene skal betale for innbyggernes bruk av spesialisthelsetjenester, og i samhandlingsreformen begrunnes forebyggingstiltak med at de er «viktige i forhold til bærekraftig utvikling fordi de kan redusere behovet for dyr innsats fra spesialisthelsetjenesten i sene faser av sykdomsutviklingen» (St. meld. nr. 47, 2008-2009, s. 27). I samhandlingsreformen kobles folkehelse til de mer omstridte helsepolitiske sakene om finansiering og kostnadskontroll i sykehussektoren. Finansieringsformen kommunal medfinansiering har vært omdiskutert. I debatten om reformen var det enighet om mål, men uenighet om kommunal medfinansiering som virkemiddel (Krossli, 2011). Opposisjonspartiene H, KrF og FrP varslet at kommunal medfinansiering kunne bli reversert hvis det skulle bli et regjeringsskifte med FrP, H og KrF (NTB, 2011). Disse partiene hevdet også at reformens kostnader var grovt underkalkulert. KS

(Kommunesektorens organisasjon) var også kritiske til kommunal medfinansiering² (Heløe, 2010, s. 186).

Fokuset på kostnadseffektivitet gjør at både sykehusreformen og samhandlingsreformen kan forstås i et NPM-inspirert rammeverk. Samhandlingsreformen har ordninger for målstyring som er i tråd med NPM, basert på ideologien om at forretningsmessig styring vil gi en mer effektiv offentlig sektor. Samtidig har myndighetene stort fokus på kostnadskontroll, som ikke nødvendigvis skaper mer effektivitet (Veggeland, 2013, s. 19). Enkelte hevder at samhandlingsreformen presenterer et brudd med NPM, som medfører et skifte fra NPM til nettverksstyring (*governance*) (Ardon & Holand, 2011, s. 55). Andre presiserer at det er lite fruktbart å klassifisere reformer i det norske helsevesen som NPM-inspirerte, fordi NPM-inspirasjonen er trengt til side av hierarkiske styringsformer med hovedvekt på kostnadskontroll (Hagen & Tjerbo, 2013, s. 77). NPM-inspirerte reformer er kontroversielle, men NPM er også kontroversielt i seg selv. Det har blitt bemerket at NPM får skylden for det meste som går galt i offentlig sektor, som for eksempel krisen ved Ahus og beredskapen 22. juli 2011 (Kvaløy, 2012). Alt i alt gir en av samhandlingsreformens grunnideer om å sikre samfunnets økonomiske bæreevne og innføringen av økonomiske insentiver for kommunene gjenklang i NPM-teori om kostnadseffektivitet og målstyring. Samhandlingsreformen har koblet kommunalt helsevesen til insentiv-tankegangen som preger sykehussektoren. Gjennom kommunal medfinansiering av sykehus skal kommunene kunne bruke eventuelle økonomiske overskudd på folkehelsearbeid. Samhandlingsreformen kobler et oversett, men ikke-kontroversielt tema med et kontroversielt tema om finansiering av sykehusene. Samhandlingsreformen har satt en helsepolitisk sak som har stått i skyggen av effektivisering og kostnadskontroll på dagsorden. Sammenkoblingen av folkehelse og insentivtankegang for effektivisering av helsesektoren skaper et statsvitenskapelig interessant tema.

1.4 Oppgavens oppbygning

Å fremme folkehelse i hele virksomheten og å utarbeide oversikt over helsetilstanden er altså kommunens to hovedoppgaver for folkehelsearbeidet. I neste kapittel vil jeg gå grundigere

² Det må nevnes at i regjeringens forslag til statsbudsjett for 2015 avvikles kommunal medfinansiering fra 1. januar 2015. De regionale helseforetakene vil få overført midler fra kommunene tilsvarende et anslag på hvor mye penger kommunene ville brukt på kommunal medfinansiering i 2015 (Prop 1 S, 2014-2015, s. 110–111). Forslaget til statsbudsjett ble publisert helt i slutfasen av denne oppgaven, og er dermed ikke regnet med i drøftingen av kommunal medfinansiering.

inn på folkehelsearbeidet og folkehelseloven. Deretter vil jeg presentere agendasetting som teoretisk rammeverk for oppgaven. Det vil bli gitt supplerende perspektiver for å kartlegge hvilke forklaringsmodeller som kan forklare hvorfor kommuner prioriterer folkehelse ulikt. I metodedelen vil det bli redegjort for datamaterialet, forskningsdesign og operasjonalisering av variablene. I empirikapittelet vil jeg redegjøre for hvordan kommunene fra undersøkelsen plasserer seg når det gjelder deres faktiske tiltak på folkehelseområdet, før forskjeller mellom kommunene analyseres og tolkes i lys av det teoretiske rammeverket.

2 Folkehelse

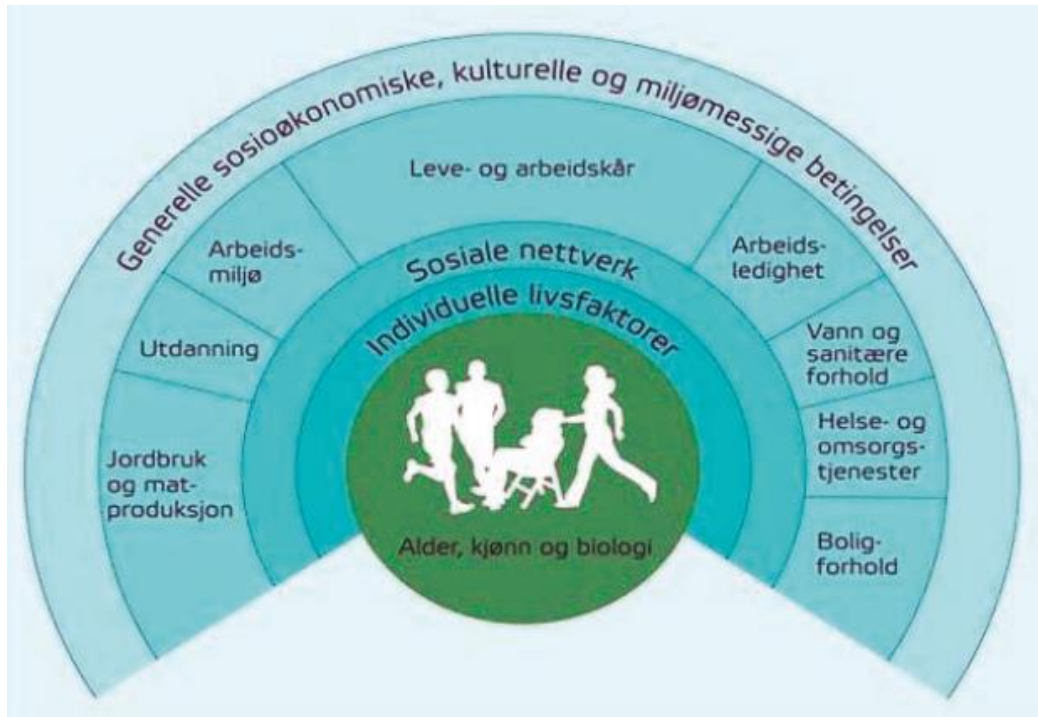
Det forebyggende helsearbeidet i samhandlingsreformen kan ha virket noe uklart, spesielt i reformens tidlige faser. Formålet med dette kapittelet er å spesifisere hva kommunene skal gjøre. Fordi problemstillingen i denne oppgaven er om reformen har påvirket kommuners prioritering av folkehelse, er det nødvendig å spesifisere hvilke plikter kommunen har i folkehelseloven. Det er viktig å understreke at kommuner ”alltid” har drevet folkehelsearbeid og at deler av loven således kan være en formalisering av eksisterende praksis i noen kommuner. Fylkeskommunens folkehelsearbeid ble for øvrig lovfestet i 2010 som en følge av forvaltningsreformen, gjennom Lov om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet. Loven er nå opphevet (Lovdata; Ouff mfl., 2010, s. 8). I det følgende avsnittet tas det utgangspunkt i den Folkehelseloven som trådte i kraft i 2012, lovens forskrifter og Helsedirektoratets veileder for oversiktsarbeidet. Denne oppgaven har et statsvitenskapelig, og ikke folkehelsefaglig perspektiv. Jeg vil likevel kort avklare forskjellen mellom noen sentrale folkehelsebegreper som blir brukt i oppgaven.

Helsefremming har minst to betydninger (Helgesen mfl., 2014, s. 27). For det første kan helsefremming være prosessen som setter personer i stand til å få økt kontroll over og forbedre sin helse gjennom å utvikle personlige ferdigheter som gjør dem i stand til å ta valg som fremmer helsen (Helsedirektoratet, 2013b, s. 10). For det andre kan helsefremming være politiske prosesser for endring av miljømessige, sosiale og økonomiske forhold, og det å sette folk i stand til å ta kontroll over dette (Helgesen mfl., 2014, s. 27 refererer til Helsedirektoratet, 2010). Denne sistnevnte forståelsen av helsefremming på et samfunnsnivå vil legges til grunn for oppgavens definisjon av helsefremming.

Forebygging kan deles inn i primærforebygging, som betyr å styrke helsen og hindre at sykdom oppstår, sekundærforebygging som innebærer å stanse sykdomsutvikling, og tertiærforebygging som faller sammen med rehabiliteringsbegrepet og som dermed er utenfor folkehelsebegrepet. Forebygging kan også deles inn i universell forebygging (tiltak rettet mot alle), selektiv forebygging (tiltak rettet mot risikogrupper) og indikativ forebygging (tiltak rettet mot dem som viser tegn til sykdomsutvikling, men som ikke oppfyller de diagnostiske kravene for lidelsen) (Helsedirektoratet, 2013b, s. 10–11). I en artikkel som ble publisert for første gang i 1991, presenterer Dahlgren og Whitehead en figur som illustrerer helsens

påvirkningsfaktorer. Figuren viser flere lag av påvirkningsfaktorer:

Figur 2.1.: Helsen påvirkningsfaktorer. Hentet fra Meld. St. 34 (2012-2013).



Det overordnede laget er generelle samfunnsforhold som politisk styresett og økonomisk utvikling. Deretter følger materielle og sosiale forhold, sosiale nettverk med familie, venner og lokalsamfunnet, og til slutt individets egne handlinger som for eksempel kosthold, røyke- og alkoholvaner. I tillegg har faktorer man ikke kan råde over betydning, som for eksempel alder og genetikk. Dahlgren og Whitehead skriver at strategier for helsepolitikk ofte bare blir vurdert på ett av disse lagene eller policynivåene, men at en samlet innsats på alle nivåene ofte kan være mer effektive. I Folkehelsemeldingen (2012-2013, s. 51) omtales de ulike lagene som en årsakskjede for påvirkning av helsen hvor de generelle samfunnsforholdene er bakerst i årsakskjeden (Dahlgren & Whitehead, 2007, s. 11–13). En oversiktstabell oppsummerer begrepsgjennomgangen og hvilken forståelse av helsefremming og forebygging som legges til grunn for denne oppgaven.

Tabell 2.2. Min definisjon av helsefremming og forebygging

Helsefremming	Forebygging
Helsefremming som politisk prosess	Helsefremming hvor folk tar kontroll over faktorer som påvirker helsen
Primærforebygging	Sekundærforebygging
De tre ytterste lagene i figuren over helsens påvirkningsfaktorer	Det innerste laget i figuren over helsens påvirkningsfaktorer (individuelle livsfaktorer)

Helsefremming forstås som en politisk prosess for å styrke helsen og hindre at sykdom oppstår i samfunnet som helhet. Forebygging forstås som en prosess hvor folk får kontroll over helsen og kan stanse sykdomsutvikling på individnivå.

2.1 Hva sier folkehelseloven?

Folkehelselovens formål er å bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse og utjevner sosiale helseforskjeller. Videre skal folkehelsearbeidet fremme befolkningens helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold, i tillegg til å bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, jf. folkehelseloven § 1. Folkehelseloven pålegger kommunene en del plikter, og de viktigste av disse er at kommunene skal fremme folkehelse innen de oppgavene og virkemidlene kommunene er tillagt, som lokal planlegging og utvikling, forvaltning og tjenesteyting jf. § 4. Utover dette viser loven til to hovedansvar for kommunene, nemlig miljørettet helsevern og oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer i kommunen. På grunn av oppgavens omfang vil jeg ikke gå inn på miljørettet helsevern, men heller kort gjennomgå oversiktsarbeidet som kommunene skal utføre.

Kommunen skal utforme en oversikt over helsetilstanden i kommunens befolkning og de negative og positive faktorene som kan virke inn på helsetilstanden jf. § 5. En begrunnelse for oversiktsarbeidet er at det danner et grunnlag for alle folkehelsetiltak i kommunene. For å kunne prioritere folkehelsetiltakene effektivt, er det viktig med oversikt over befolkningsutvikling, helsetilstand og påvirkningsfaktorer og hvilken effekt dette har på utvikling av god og dårlig helse (St. meld. nr. 47, 2008-2009, s. 72). Denne

kunnskapsoversikten skal være skriftlig og basert på informasjon om faktorer og utviklingstrekk i miljø og lokalsamfunn som kan ha innvirkning på befolkningens helse, i tillegg til opplysninger som statlige helsemyndigheter og fylkeskommunen gjør tilgjengelige. Kunnskapsoversikten skal inngå som grunnlag i arbeidet med kommunens planstrategi. De folkehelseutfordringene som blir identifisert i oversikten skal møtes ved å iverksette tiltak (oppvekst- og levekår, bolig, utdanning, arbeid, inntekt, fysiske og sosiale miljøer, fysisk aktivitet, ernæring, skader og ulykker, tobakksbruk, alkohol- og annen rusmiddelbruk). I tillegg skal kommunen gi råd og veiledning om hva den enkelte selv og befolkningen kan gjøre for å forebygge sykdom og fremme helse, jf. §§ 6 og 7. Kommunene skal utarbeide to ulike oversikter, en løpende og en fireårs-oversikt. Løpende oversikt skal dokumenteres som en del av ordinær virksomhet, mens oversiktsdokumentet skal publiseres hvert fjerde år. Oversikten skal være allment tilgjengelig, og alle skal kunne ha tilgang til informasjon som grunnlag for medvirkning i beslutningsprosesser av betydning for folkehelsen jf. forskrift om oversikt over folkehelsen av 28. juni 2012 nr. 692 § 3-5 og 8. Oversikten gjør at folkehelsepolitikken skal tilpasses lokale forhold, og det skal bidra til en mer treffsikker ressursbruk. Kunnskapen skal utgjøre en del av grunnlaget for arbeidet med planstrategi og planarbeid, og skal gjøre at folkehelsearbeidet får en tydeligere politisk forankring og langsiktighet. Kunnskapsoversiktene muliggjør sammenlikning mellom kommuner og måling av utvikling over tid, slik at det både kan fastsettes mål og effektene av tiltak kan måles (Helsedirektoratet, 2013a, s. 6–7). Folkehelseloven er også koblet sammen med Plan- og bygningsloven. Et hensyn i Plan- og bygningsloven er at planer skal fremme befolkningens helse og motvirke sosiale helseforskjeller, samt bidra til å forebygge kriminalitet jf. § 3-1 bokstav f. Kommunene kan inkludere folkehelse i planarbeidet gjennom det systematiske folkehelsearbeidet, som er sammenhengen mellom oversikt, planlegging og tiltak (Helgesen mfl., 2014, s. 31–32). Mange kommuner har en folkehelsekoordinator, men det er ikke lovpålagt å ha det. Folkehelsekoordinatorens viktigste arbeidsoppgave er å koordinere folkehelsearbeidet på tvers av kommunens sektorer, og Helgesen og Hofstad viser at ambisjon om koordinering ikke reduseres selv om mange folkehelsekoordinatorer har liten stillingsandel (2012, s. 71).

2.2 Finansiering av folkehelsearbeidet

De ulike delene av samhandlingsreformen har ulik finansieringsform. I følge Helsedirektoratet er folkehelsearbeidet finansiert gjennom økning i rammetilskuddene til kommunene, og direktoratet forventer at styrkingen av kommunenes frie inntekter skal gi kommunene forutsetninger for å oppfylle folkehelseloven (2013a, s. 3). Økningen i rammetilskuddet er med et beløp tilsvarende det man forventer at kommunen vil bruke, altså det man antar at reformen vil påføre kommunen i årlige merkostnader. En viktig forskjell fra øremerkede tilskudd, som er en tidsbegrenset finansieringsform i en oppstartsfase av et tiltak, er at det for rammetilskudd ikke følger med rapporteringskrav om måloppnåelse og pengebruk. I tillegg er øremerking et tydelig styringssignal om hvilke saker staten prioriterer (Askim & Sivertsen, 2011, s. 217). Man kan dermed hevde at rammefinansiering av folkehelsearbeidet ikke er et sterkt styringssignal om statlig prioritering. Isteden er det valgt en medfinansieringsform basert på en insentiv-tankegang. Kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten skal fungere som insentiv for kommunene til å tilrettelegge tjenester på lavest effektive omsorgsnivå (St. meld. nr. 47, 2008-2009, s. 31). Sammen med kommunal betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter, skal dette være en motivasjon til å forebygge sykehusinnleggelser. Kommunal medfinansiering og betaling for utskrivningsklare pasienter gjorde at det i 2012 ble overført omtrent 5,6 milliarder kroner til kommunene fra de regionale helseforetakene (Abelsen mfl., 2012, s. 6). Kommunal medfinansiering er en måte å gi kommunene insentiver til å bruke ressurser effektivt lokalt i tillegg til å begrense helsesektorens voksende kostnader. Det forventes at kommunene bruker eventuelle innsparinger som følge av medfinansiering og betaling for utskrivningsklare pasienter på drift av alternative tilbud i kommunene (Prop. 115 S, 2010-2011, s. 76). Folkehelsearbeid er et slikt alternativt tilbud.

Finansieringen av folkehelsearbeidet er omstridt. I følge Abelsen mfl. er 20 prosent kommunal medfinansiering sannsynligvis for beskjedent som økonomisk virkemiddel, og derfor er det lite trolig at kommunene vil anse dette som et insentiv til å utvikle alternative tilbud til sykehusinnleggelse (2012, s. 6). I Helse- og omsorgskomiteens innstilling til Stortinget om samhandlingsreformen mente også representantene fra Høyre, Frp og KrF at det må etableres øremerkede tilskuddsordninger for å bygge opp det forebyggende arbeidet i kommunene (Innst. 212 S, 2009-2010, s. 28). I *Folkehelsemeldingen* (2012-2013), som ble publisert i april året etter at reformen ble iverksatt, reviderer Regjeringen sitt syn på

finansieringen av folkehelse. Der fremheves det at dagens finansieringssystem for kommunal helsesektor gir begrensede insentiver til å prioritere forebyggende arbeid. Derfor skal Helse- og omsorgsdepartementet vurdere på hvilken måte økonomiske virkemidler kan tas i bruk mer effektivt, slik at folkehelsearbeidet kan få en langsiktig styrking. I tillegg presiserer regjeringen viktigheten av avgiftspolitikken, og vurderer å endre de helserelaterte særavgiftene. Det er lang tradisjon for bruk av avgiftspolitikken på folkehelseområdet, for eksempel når det gjelder alkohol, tobakk og i nyere tid særavgiften for alkoholfrie drikkevarer, som skal stimulere til sunnere kosthold (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012-2013, s. 61). Regjeringen reverserer som nevnt ordningen med kommunal medfinansiering fra 1. januar 2015 i sitt forslag til statsbudsjett for 2015 (Prop 1 S, 2014-2015, s. 110).

I Helgesen og Hofstads studier av kommunalt folkehelsearbeid kommer det fram at organiseringen av finansieringsordningen kan være et problem, og at folkehelsearbeidet presses til fordel for andre oppgaver. En informant i deres undersøkelser peker på at mangelfulle ressurser og søknadsprosessen til fylkeskommunen med påfølgende krav om rapportering opptar en urimelig stor del av tidsressursene som er avsatt til folkehelsearbeidet. Dermed begrenses tiden til å drive konkret folkehelsearbeid overfor kommunens befolkning (2012, s. 85–86). Noen forventer at samhandlingsreformen vil gjøre at kommuner vil fokusere på forebygging hos enkeltgrupper i samfunnet som enkelt kan gi målbare resultater, og at kommunene i mindre grad vil organisere det forebyggende arbeidet som generelle tiltak rettet mot hele befolkningen (Abelsen mfl., 2012, s. 58). I undersøkelser av hva samhandlingsreformen har kostet kommunene så langt, kommer det fram at reformens folkehelseiltak er i tråd med både en reell og ønsket utvikling i kommunene, der fokus rettes mot forebygging. Undersøkelsene avdekket imidlertid også skuffelse over at det har fulgt med lite midler til folkehelse, på tross av at dette er et av samhandlingsreformens hovedmål (Abelsen mfl., 2012, s. 3). Når folkehelsefinansieringen kan karakteriseres som et svakt styringsmiddel, er det interessant om tilsynsordningene for folkehelsearbeidet fungerer som et statlig styringsmiddel.

2.3 Tilsyn med folkehelsearbeidet

I sin proposisjon til Stortinget om folkehelseloven redegjør Helse- og omsorgsdepartementet for hvorfor den gamle lovbestemmelsen om folkehelse ikke fungerte. De vektlegger at det ikke ble stilt forpliktende krav til kommunens oppfølging av kunnskap om helsetilstand og påvirkningsfaktorer. Tilsyn var også komplisert å få til å fungere. Helsetilsynet har forsøkt å føre tilsyn med bestemmelsen, men det var problematisk fordi verken tilsynsmyndighetene eller kommunene visste akkurat hva som ble forventet av kommunen (Prop. 90 L, 2010-2011, s. 104). Tilsyn og kontroll handler om etterprøving, læring og veiledning, og er virkemidler for en overordnet enhets styring av underordnet enhet som sikrer at lover og regler etterleves. Målet med kontroll er å avdekke feil og mangler som allerede er gjort, mens tilsyn griper direkte inn i pågående prosesser ved å påpeke feil og mangler som holder på å skje eller som potensielt kan skje. Målet med tilsyn er altså å unngå fremtidige feil og mangler (Ot.prp. nr. 70, 2002-2003, s. 12–13). Tilsynet med folkehelsearbeidet er organisert i tre instanser. Statens helsetilsyn har det overordnede faglige tilsynet med folkehelsearbeidet. Fylkesmannen skal føre tilsyn med om kommunene og fylkeskommunene følger pliktene sine i folkehelseloven, mens kommunen selv har tilsynsansvar for miljørettet helsevern (Helsetilsynet, 2013). Fylkesmannen skal kontrollere lovligheten (og ikke kvaliteten) av kommunenes virksomhet (Egerhei, 2014). Det er foreløpig ikke publisert noe forskning på tilsynet av folkehelsearbeidet som styringsmiddel, men det er spennende å se hvordan Fylkesmannens tilsyn med kommunene kan fungere som en drivkraft for oppfyllelse av loven.

2.4 Forskning om folkehelse

Så langt har forskning om samhandlingsreformen dreid seg om blant annet utskrivningsklare pasienter og øyeblikkelig hjelp døgntilbud (Baaske, Bringedal, Halvorsen, & Torgersen, 2013; Gautun & Syse, 2013; Skinner, 2014). Folkehelsedelen av samhandlingsreformen har ikke vært så fremtredende i forskningen så langt. Folkehelsedelen av reformen har heller ikke vært gjenstand for det samme omfanget av statistisk analyse som andre deler av reformen, så denne oppgaven kan være et bidrag i den sammenheng. I forbindelse med denne oppgavens bidrag, vil jeg gi en kort gjennomgang av forskning om folkehelsearbeid. Det må skilles mellom forskning om folkehelse generelt og forskning om folkehelsearbeid. Det finnes mye forskning om folkehelsearbeid, for eksempel gjennom Folkehelseinstituttet og Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT). Forskning på det konkrete folkehelsearbeidet

er derimot et mer avgrenset forskningsområde.

Helsedirektoratets statusrapport om folkehelsearbeidet fra 2010 peker på utfordringer for folkehelsen og konkluderer med at helsetilstanden til gjennomsnittsnordmannen er god, men at det er store sosiale ulikheter i helse (Helsedirektoratet, 2010). Fosse og Strand har studert sosiale ulikheter i helse, som det har vært lite oppmerksomhet om i norsk politikk. De undersøker årsakene til at temaet har gått fra å være fraværende i politikken til å bli høyt prioritert. En årsak til at Fosse og Strands artikkel tar for seg policyområdet sosiale ulikheter i helse, er at de sosioøkonomiske forskjellene i Norge har økt på tross av universelle velferdstiltak. Det er nødvendig med universelle og målrettede virkemidler for å redusere sosiale ulikheter i helse. Artikkelen gir en grundig oversikt over sosiale ulikheter i helse i norsk folkehelsepolitikk. Forfatterne finner at en årsak til at sosiale ulikheter i helse ble prioritert senere i Norge enn i andre land, kan være den grunnleggende likhetsideologien. En årsak til politiseringen av sosiale ulikheter i helse er at det berører kjernen i motsetninger langs den politiske høyre-venstre-aksen (Fosse & Strand, 2010).

Tema for Hege Hofstads avhandling *Håndtering av wicked problems i kommunal planlegging* er hvordan kommunal planlegging brukes for å iverksette utfordrende målsettinger som bærekraftig utvikling og folkehelse. Folkehelse og bærekraftig utvikling behandles som eksempler på målsettinger som har en ”wicked” karakter. Hun forklarer hvordan nasjonale ambisjoner for folkehelsen oversettes til en lokal kontekst og mulighetene for en tettere integrering av folkehelse og lokal planlegging (Hofstad, 2012). I Leif Arne Heløes gjennomgang av folkehelsepolitikken historiske utvikling konkluderes det med at folkehelse tiltak må være både selektive og universelle. Restriktive virkemidler må gå hånd i hånd med langsiktige kampanjer som sikrer forståelse og aksept blant innbyggerne (Heløe, 2010, s. 239). I følge Marit Helgesen vil framtidens folkehelsearbeid trolig konkurrere med det kurative arbeidet og forebyggende arbeidet i kommunene. Styringen av helse- og omsorgsarbeidet blir sterkere, med blant annet finansielle virkemidler og lovregulering. Samtidig blir styringen av folkehelsearbeidet svakere, og da kan det tenkes at kommunene vil gi det kurative helsearbeidet forrang framfor folkehelsearbeidet, slik som kan skje når styringen blir oppfattet som svak (Helgesen, 2012, s. 276).

Helgesen og Hofstad (2012) undersøkte status i lokalt og regionalt folkehelsearbeid per 2011.

Deres undersøkelse er en kartlegging av kommuners og fylkeskommuners folkehelsearbeid før iverksettingen av Samhandlingsreformen gjennom folkehelseloven, og skal fungere som en baseline for framtidige undersøkelser av lokalt og regionalt folkehelsearbeid. De fant stor kommunal variasjon når det gjelder folkehelsearbeid. Mange kommuner har folkehelsekoordinator, men stillingsandelene er små. Få kommuner har utarbeidet en oversikt over helsetilstanden, og over 60 prosent av kommunene mener at de har et stort behov for kunnskap. I den grad folkehelsearbeidet er delegert til en avdeling, er det delegert til helseavdelingen (Helgesen & Hofstad, 2012, s. 9–13). Jeg vil bruke deres datamateriale som et grunnlag for å undersøke endringer i lokalt folkehelsearbeid etter folkehelselovens iverksettelse. Perspektivet i denne oppgaven vil imidlertid være av en overordnet karakter ved å studere om samhandlingsreformen har endret kommunenes prioritering av folkehelsearbeidet som helhet. Tidligere folkehelseforskning har identifisert interessante spørsmål som jeg vil drøfte videre. Samtidig er det ganske sjelden at man har muligheten til å måle noe før og etter en reform. Jeg har muligheten til dette, og jeg vil også gjøre folkehelsearbeidet til gjenstand for en statistisk analyse i et agendasettingsteoretisk rammeverk. Koblet sammen med teoretiske forventninger om trekk ved kommunens struktur og organisering, er siktemålet en bred studie av hvilke faktorer som kan spille inn på kommunens prioritering av folkehelsearbeid etter reformen.

3 Teoretisk rammeverk

Tema for denne oppgaven er om samhandlingsreformen har påvirket prioritering av folkehelse i kommunen, og hva som kan forklare forskjeller i prioritering mellom kommuner. I dette kapittelet vil jeg redegjøre for oppgavens agendasettingsteoretiske rammeverk som kan bidra til å forklare drivkrefter og hindringer til at folkehelse eventuelt har kommet høyere på kommunal agenda etter reformen. Først vil det bli gitt en definisjon av agendasetting som skal brukes i den videre analysen, og et overordnet spørsmål for dette kapittelet er å kartlegge mulige forklaringsmodeller for om folkehelse prioriteres høyere i kommunene eller ikke.

3.1 Hva er agendasetting?

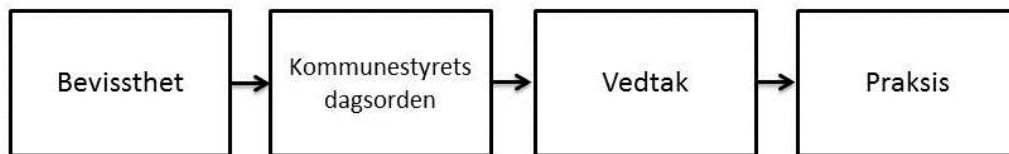
John Kingdon har en mye brukt definisjon av agendasetting:

”Agenda, as I conceive of it, is the list of subjects or problems to which governmental officials, and people outside the government closely associated with those officials, are paying some serious attention at any given time” (1984, s. 3).

Kingdon anvender en relativt bred beskrivelse av agenda. Det er litt uklart hva som ligger i å gi noe ”alvorlig oppmerksomhet”, men det kan tolkes som at det settes søkelys på et bestemt problem fordi man ønsker å hankses med problemet. I definisjonen ligger også at agendaen er sammensatt, ettersom den til enhver tid består av flere ulike saker. Ut fra Kingdons konseptualisering kan agenda også defineres som prioritering, fordi at en sak gis oppmerksomhet og er på dagsorden betyr at den blir prioritert. Motsatt er det lite sannsynlig at saker som ikke er på agendaen, prioriteres. Agenda og dagsorden vil i det videre brukes synonymt. Agendasetting er første steg i policyprosessen, som består av fem faser: agendasetting, policy-formulering, en beslutning blant de formulerte alternativene, iverksetting og evaluering (Howlett, Ramesh, & Perl, 2009, s. 13). I tillegg kommer revurdering av politikken som kan ha en feedback-effekt tilbake til agendasettingsfasen. En sak går ikke nødvendigvis gjennom alle fasene. Den kan stoppe opp allerede i første steg, eller saken kan først oppstå på et senere stadium i prosessen (Kingdon, 1984, s. 3). Så tidlig i iverksettingsprosessen av samhandlingsreformen er det vanskelig å si noe om resultatene av iverksetting og forklare hvorfor de ble slik de ble. Datamaterialet tillater ikke å besvare denne typen problemstilling, men mulighetene til å studere agendasetting og prioritering er derimot gode. I denne fasen av reformen er det agendasetting som policyprosessens første steg som er

av interesse. Skillet mellom agendasetting og iverksetting er imidlertid ikke helt klart. Den uklare grensen mellom agendasetting og iverksetting kan eksemplifiseres med en skala som danner grunnlaget for min definisjon av agendasetting. Agendasettingsskalaen består av fire faser: bevissthet, dagsorden, vedtak og praksis.

Figur 3.1. Agendasettingsskalaen.



Skalaen ligner på modeller for policy-prosessen, men skiller seg fra slike modeller på to måter. I motsetning til policy-prosess-modeller, er det her ikke sterkt fokus på selve implementeringen. I tillegg er det ikke spesifisering av policy-alternativer og utvelging blant dem. Agendasettingsskalaen gir en oversikt over prioritering og er ment som en eksemplifisering av hvordan folkehelse kan være på kommunens agenda og bli prioritert. Kingdon bruker bevissthet eller oppmerksomhet som indikator for agendasetting, men jeg vil bevege meg lenger ut på skalaen i min definisjon. Bevissthet og kommunestyrets dagsorden er bakenforliggende variabler til hvordan kommunene prioriterer folkehelse. Dermed inkluderes disse, men kommunenes praksis som følge av bevissthet, kommunestyrenes dagsorden og vedtak er det jeg bruker som indikator på agendasetting. Et surveysspørsmål jeg vil benytte i analysen spør om fokus på folkehelse har endret seg etter samhandlingsreformen, og spørsmålet inneholder Kingdons definisjon om oppmerksomhet eller bevissthet om folkehelse. Dermed har skalaen for agendasetting både en smalere og bredere definisjon enn Kingdons. Den er bredere fordi den beveger seg nær grensen for iverksetting. Den er smalere fordi agendasetting i denne oppgaven defineres som prioritering, og prioritering kan også måles i kommunenes praksis. Derfor er agendasetting fokus, praksis og prioritering, og ikke kun å ”gi noe oppmerksomhet”. Andre surveysspørsmål jeg vil benytte spør om organisasjonsformer, forebyggende tiltak og utvikling av nye tjenestetilbud. Dette er spørsmål som handler direkte om output, vedtak og praksis, som er elementer videre ut på skalaen. En definisjon av agendasetting som vil brukes videre i oppgaven, er dermed:

Agendasetting innebærer både å øke bevisstheten om en sak, behandle den i kommunestyret og iverksette tiltak.

3.2 Hva kan forklare om en sak kommer på dagsorden?

Selv om bevisstheten om en sak øker, er det ikke selvsagt at det blir en politisk sak som behandles i kommunestyret, men koblingen av ulike drivkrefter kan gjøre at en sak kommer høyere på dagsorden. Kommunen har hatt ansvar for folkehelsearbeidet også tidligere, så derfor betyr ikke en ny folkehelselov automatisk at folkehelse kommer høyere opp på kommunal dagsorden. Kingdon forklarer mekanismene i agendasetting med en modifisert variant av *garbage can*-modellen om beslutninger i organisasjoner, som går ut på at beslutninger i organisasjoner er tilfeldige fordi de preges av parallelle, men uavhengige strømninger av problemer, aktører, mulige løsninger og valgmuligheter. Løsningene kan for øvrig eksistere før problemet er identifisert, og beslutninger tas som følge av kobling mellom de ulike strømningene på et visst tidspunkt (Cohen, March, & Olsen, 1972). Kingdon modifiserer modellen til å involvere tre strømninger i agendasetting: problemer, løsninger og politikk. I *problemstrømmen* anerkjennes problemer som trenger myndighetenes oppmerksomhet. Beslutningstakere kan støte på begrensninger, slik at en sak som like gjerne kunne kommet på dagsorden blir hindret i dette på grunn av høye kostnader. Problemstrømmen kan løfte enkelte saker høyere på agendaen, mens andre sakers vei oppover dagsorden kan stanses. *Policystrømmen* er analytikere, planleggere, byråkrater og eksperter som konsentrerer seg om å undersøke problemene og foreslå løsninger. Noen løsningsforslag blir tatt med videre i prosessen, mens andre blir avvist. *Den politiske strømmen* innebærer valgresultater, politisk eller administrativ omorganisering og kampanjer fra interessegrupper. Alle prosessene kan fungere som hindring eller drivkraft for agendasetting (Kingdon, 1984, s. 92–93).

Når Kingdons rammeverk skal anvendes på norske kommuner, kan mulige hindringer og drivkrefter finnes i både problem-, policy- og politikkstrømmen. I problemstrømmen kan hindringer være budsjettensyn som gjør at det ikke lønner seg om saken kommer på agendaen. Folkehelse kan konkurrere med andre helsesaker om oppmerksomheten, og definisjonen av folkehelse som komplekst problem kan være et hinder for oppslutning, fordi det kan være håpløst å satse på. Mulige drivkrefter i problemstrømmen kan være samhandlingsreformen som motivasjon og styringsmiddel, budsjettmidler til folkehelseprosjekter, og det at folkehelse er en sak som ”alle” vil slutte opp om. I

policystrømmen kan en hindring være uklarhet om folkehelseiltaks dokumenterte effekt. På den annen side er det stor enighet om de sykdomsforebyggende effektene av trening, sunn mat og røykeslutt, og dette kan være en drivkraft i policystrømmen for å få folkehelse på agendaen. I den politiske strømmen kan skiftende politisk ledelse fungere som både drivkraft og hindring. Det kan være et hinder for langsiktig satsing på folkehelse, men samtidig kan det konfliktraspektet som skiftende politisk flertall medfører, skape debatt og sette søkelys på folkehelse.

3.2.1 Når en sak kommer på dagsorden

Policystrømningene flyter uavhengig av hverandre, og når de krysser hverandre oppstår policyvinduer hvor problem anerkjennes, en løsning er tilgjengelig, politisk klima tillater endring og begrensningene ikke er til hinder for handling. Policyvinduer er åpne kun kort tid. I denne perioden ligger forholdene til rette for å få en sak høyere på den politiske agendaen, og når forholdene ikke lenger ligger til rette, lukkes vinduet og oppmerksomheten rettes mot andre saker (Kingdon, 1984, s. 93–94). To hovedkategorier av policyvinduer er de forutsigbare og de uforutsigbare. Budsjetter og reformsykluser er gode eksempler på forutsigbare vinduer. Eksempler er samhandlingsreformen og kommuneplaner. Uforutsigbare vinduer oppstår når en av strømningene er avhengig av tilfeldigheter. Et uforutsigbart policyvindu kan også oppstå som følge av en krise, eller så kan for eksempel ildsjeler fungere som policy-entreprenører som presser på for uforutsette vinduer. Policy-entreprenører har generelt en viktig rolle for koblingen av strømningene og forekomsten av policyvinduer. Studiet av konkrete policyentreprenører egner seg best for casestudier, så i denne oppgaven vil jeg heller omtale folkehelsekoordinatoren og kommunepolitikere som mulige policy-entreprenører generelt i agendasettingsprosessen. Spillovervinduer kommer i tillegg til de to hovedkategoriene av policyvinduer. Dette skjer når ett policyvindu åpnes, og sannsynligheten for at et vindu også åpnes i et lignende saksfelt øker (Kingdon, 1984, s. 195–200). Et eksempel på positivt spillovervindu er at fokus på å bekjempe mobbing i skolen kan åpne vindu for prioritering av folkehelse i kommunen. Et tenkt eksempel på negativ spillover kan være at folk med sykehus i kommunen bruker sykehuset mer, og dette kan kanskje gjøre at det blir mindre fokus på folkehelse i den aktuelle kommunen. Jeg vil definere folkehelse på kommunal agenda som et forutsigbart policyvindu, fordi det har kommet på agendaen gjennom en lov, og man har i en lang prosess kunnet forutsi lovens tilblivelse. Samtidig kan folkehelse på kommunal agenda karakteriseres som et spillovervindu, siden

samhandlingsreformen på sentralt nivå åpnet en mulighet for prioritering av folkehelse på både sentralt og lokalt nivå. Kingdons strømning-modell er ment for detaljerte casestudier, særlig fordi den vektlegger aktører som policy-entreprenører. Denne oppgaven er en kartleggende undersøkelse uten et slikt fokus, og det statistiske datamaterialet passer dårlig for en slik case-orientert modell. Kingdons policymodell utgjør imidlertid et godt teoretisk bakteppe for å undersøke hva som kan føre til kobling av policystrømningene og skape et policyvindu for prioritering av folkehelse.

3.3 Hva kan forklare prioritering?

Teorien om policyvinduer knytter seg til første del av problemstillingen om kommunene har endret prioritering av folkehelsearbeidet. Når det gjelder problemstillingens andre del om hva som kan forklare hvorfor kommuner prioriterer forskjellig, vil jeg operasjonalisere Kingdons begreper med en rekke kontekstuelle uavhengige variabler for å kartlegge hva som kan forklare variasjon. Av dette utledes hypoteser som jeg vil teste i databehandlingen. I de følgende avsnittene operasjonaliseres derfor av problemstrømmen, policystrømmen og politikkstrømmen med hva som kan forklare variasjon i kommunenes prioritering av folkehelse.

3.3.1 Problemstrømmen

Problemstrømmen kan forstås som problempresset som kommunene står overfor. Dette problempresset avhenger av omfanget av problemer og problemenes kompleksitet. Kommunestørrelse kan være en indikator for omfanget av problemer eller «problemvolumet» i kommunen, og kan tenkes å påvirke prioriteringen av folkehelse på flere måter. Det kan for det første forventes at det er flere folkehelseutfordringer i en kommune med mange innbyggere. På den annen side er det ofte mer nærhet mellom innbyggerne og kommunesenteret i små kommuner. Nærhet til innbyggerne kan gjøre det enklere for kommunene å skaffe seg en grunnleggende oversikt over helsetilstanden i kommunen, som kan gjøre terskelen for å framskaffe den lovpålagte kunnskapsoversikten lavere. I forlengelsen av dette resonnementet er det nærliggende å anta at små kommuner prioriterer folkehelse mer. Større kommuner kan derimot ha en mer kompleks struktur med en mer sammensatt befolkningsgruppe og flere folkehelseutfordringer, som kan føre til at de setter mer søkelys på folkehelse enn små kommuner. I tillegg har større kommuner også større fagmiljøer som kan

påvirke politikernes prioritering av folkehelse. På den annen side er dagsorden i større kommuner antageligvis mer sammensatt med flere store saker som konkurrerer om plassen på dagsorden, og da kan et tema som folkehelse, med liten grad av konflikt og resultater langt fram i tid bli nedprioritert. Fordi folkehelsearbeidet skal være av sektorovergripende karakter, kan det forventes at dette krever store fagmiljøer, eller ”robuste kommuner” etter en terminologi brukt av blant annet kommunal- og moderniseringsminister Jan Tore Sanner (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2014). Det samlede problemvolumet forventes å være større i en stor kommune. Av dette kan det avledes en hypotese om at store kommuner prioriterer folkehelse mer enn små. Det samlede problemvolumet antas altså å henge sammen med kommunestørrelse. Det kan videre antas at jo mer sentral kommunen er, desto mer komplekse er problemene i kommunen. Slik kan man tenke seg at det er en sammenheng mellom «wicked problems» og urbanitet, altså at folkehelseproblemene er mer komplekse i urbane eller sentrale kommuner. Dette kan bidra til et problempress til å prioritere folkehelse. Kommunens beliggenhet som sentral eller perifer antas derfor å ha de samme effektene som kommunestørrelse, altså at mer sentrale kommuner prioriterer folkehelse mer enn perifere kommuner. Problemvolumets sammenheng med kommunestørrelse og problemkompleksitetens sammenheng med sentralitet former det problempresset som kommunene står overfor. Sammenhengen mellom problemstrømmen, størrelse og sentralitet kan forstås som at jo større og jo mer komplekst problempresset i kommunen er, desto mer driv kan kommunen forventes å ha til å prioritere folkehelseproblematikken.

3.3.2 Policystrømmen

I policystrømmen analyseres problemer og løsninger blir foreslått. Umiddelbart kan samhandlingsreformen i seg selv forstås som et løsningsforslag på folkehelseproblematikken i policystrømmen. Samtidig er dette løsningsforslaget likt for alle kommuner, og er derfor ikke en forklaring på hvorfor kommuner prioriterer forskjellig. Policystrømmen operasjonaliseres derfor istedenfor som kommunens mottakelighet eller åpenhet for løsninger. Det kan argumenteres for at organisering av budsjettprosessen og kommunenes økonomiske kapasitet former kommunenes mottakelighet for løsninger. Det finnes flere måter å organisere budsjettprosessen på. Organisasjonsdatabasen har kartlagt de ulike formene, som kan defineres som enten ovenfra-ned eller nedenfra-opp. De to formene for ovenfra-ned-prosesser er *sentralisert administrativ prosess* og *sentralisert politisk prosess*. Det mest vanlige (omtrent 70 prosent av kommunene i 2012) er en sentralisert administrativ prosess. I en slik

prosess legger administrasjonssjefen fram et forslag til budsjett for behandling i de faste utvalgene. Deretter kommer formannskapetets budsjettforberedelser og framlegg av budsjettet i kommunestyret. Over 20 prosent av kommunene har en sentralisert politisk prosess. Her er det formannskapet som har styring med budsjettprosessen i et løpende samarbeid med administrasjonssjefen, før formannskapet legger fram sin innstilling til de faste utvalgene og kommunestyret. Det minst vanlige er en nedenfra-opp *fragmentert prosess* hvor virksomhetsområdene og de faste politiske utvalgene behandler budsjettforslagene før administrasjonssjefen. Deretter behandler administrasjonssjefen forslagene til et samlet budsjettforslag for formannskapet, som legger budsjettet fram for behandling i kommunestyret (Blåka, Tjerbo, & Zeiner, 2012, s. 73–74). I denne oppgaven vil jeg ikke undersøke kommunenes folkehelsebudsjetter. Men det er interessant å undersøke om hvordan budsjettprosessen er organisert har noen innvirkning på prioritering. Kanskje kan en nedenfra-opp-prosess hvor virksomhetsområdene behandler budsjettet før administrasjonssjefen føre til mer prioritering av folkehelse? Et budsjett hvor folkehelse prioriteres kan være et løsningsforslag på folkehelseproblemene. Hvis forslaget til løsning kommer nedenfra, kan det forventes at forslaget har høyere gjennomslagskraft og at kommunenes mottakelighet for løsningen øker. På den annen side skal folkehelse inkluderes i hele kommunens virksomhet, og en ovenfra-ned-drevet prosess (sentralisert administrativ prosess) hvor administrasjonssjefen er den første til å utarbeide budsjettforslaget, kan føre til mer prioritering av folkehelse enn en nedenfra-opp-prosess ettersom samhandlingsreformens mål er at folkehelse skal være et overordnet perspektiv for hele kommunen. Det forventes dermed at en sentralisert administrativ prosess vil kunne ha en positiv innvirkning på prioritering ved å legge til rette for at løsningsforslag på folkehelseproblemer tas opp til diskusjon i budsjettprosessen. I tillegg kan man anta at kommunens økonomiske kapasitet kan ha mye å si for hvilke løsningsmuligheter som kommer frem i policystrømmen. Det kan umiddelbart antas at rike kommuner har mer ressurser til folkehelsearbeid enn fattige kommuner, og at kommuner med god økonomi derfor prioriterer folkehelse mer og bruker mer ressurser på folkehelse enn de med dårlig økonomi. Samtidig kan det antas at god økonomisk kapasitet henger sammen med risikovilje. Jo bedre økonomisk handlingsrom, desto lettere er det å være mottakelige for usikre handlingsalternativer uten dokumenterbare effekter. En ovenfra-ned-budsjettprosess og god økonomisk kapasitet kan altså forme kommunenes åpenhet for løsninger i policystrømmen.

3.3.3 Politikstrømmen

Den politiske strømmen innebærer for eksempel valgresultater og politisk eller administrativ omorganisering. Hvilken partikonstellasjon som har ledelsen i kommunen, har innvirkning på hvilke politiske vedtak som tas om folkehelse. Selv om ikke folkehelse er et like omstridt tema som andre saker i helsepolitikken, kan det tenkes at politisk farge i kommunene kan ha innvirkning i politikstrømmen. På den ene siden er alle enige om at folkehelsearbeid må prioriteres. På den andre siden kan man se konturene av en ideologisk dimensjon også i folkehelsepolitikken. I Bondevik II-regjeringens *Resept for et sunnere Norge* er hovedtema hvordan vi, gjennom våre egne valg og måten vi organiserer samfunnet på, kan påvirke helseutviklingen. Bedre levevaner skal påvirke den fysiske helsen, mens opplevelser av mestring, menneskeverd, selvfølelse og respekt skal ha positiv effekt på den psykiske helsen. Stoltenberg II-regjeringens første folkehelsemelding, *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller* fra 2007, deler Bondevik-regjeringens fokus på hvordan hver enkelt kan påvirke helsetilstanden. Samtidig kan man se forskjellene mellom en regjering av Krf, Venstre og Høyre på den ene siden og en Stoltenberg-regjering av Ap, SV og Sp. Stoltenberg-regjeringens folkehelsemelding vektlegger at folkehelsearbeidet må være forankret i samfunnets ansvar for befolkningens helse, som er i tråd med sosialdemokratisk tradisjon (Heløe, 2010, s. 220–222). Høyre-FrP-regjeringen har etter et år i posisjon per dags dato ikke publisert en folkehelsemelding, men i regjeringserklæringen presiseres det at den enkelte må ta større ansvar for egen helse. Samfunnet må gjøre det enklere å ta gode helsevalg, men folkehelseiltak må veies opp mot enkeltmenneskets valgfrihet (Statsministerens kontor, 2013, s. 45). Det forventes ikke at de samme mekanismene gjør seg gjeldende på lokalt nivå, men ut fra ideologiske forskjeller på sentralt nivå er det grunn til å undersøke om politiske konstellasjoner i lokalpolitikken virker inn på prioritering av folkehelse. Fosse og Strand viser til en lignende forståelse i Bondevik II-regjeringens handlingsplan mot fattigdom. Planen innebar et eksplisitt fokus på individets ansvar for egen helse, hvilket bærer tydelig preg av at Høyre var med i regjeringen. Forfatterne beskriver dette i tråd med en lang historisk tradisjon om individets versus samfunnets ansvar for folkehelsen for henholdsvis høyreorienterte og venstreorienterte regjeringer (Fosse & Strand, 2010, s. 22). Ut fra dette resonnementet forventes det at kommuner hvor ordføreren kommer fra et rødgrønt parti prioriterer folkehelse mer enn der ordførerens parti ikke var med i den rødgrønne koalisjonsregjeringen.

I den politiske strømmen har også kommunenes koordineringsevne betydning. I 2012 oppga

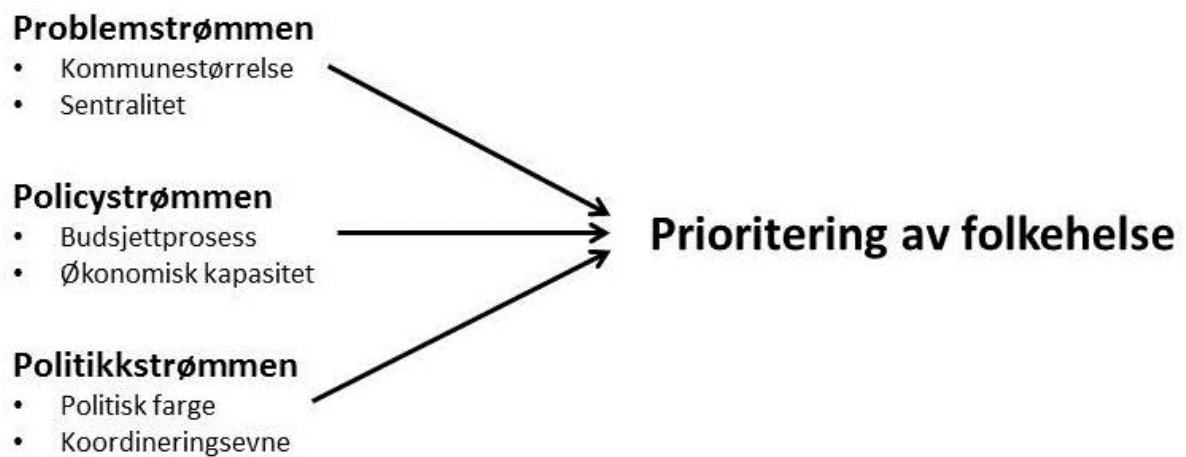
omtrent 30 prosent av norske kommuner å ha en to-nivåmodell som administrativ organisering. Tonivå-modellen skaper en flatere organisasjonsstruktur i kommunen, fordi enhetsledere rapporterer direkte til administrasjonssjef-nivået. Slik er det ingen ledernivåer mellom administrasjonssjefen og ledere for enkeltvirksomheter (Blåka mfl., 2012, s. 16, 79, 92). Lederne for de utøvende tjenestene kobles direkte opp mot administrasjonssjefnivået, og det mellomliggende etatssjefnivået forsvinner. Administrativ organisering er også interessant å undersøke fordi tonivå-modellen er et New Public Management (NPM)-trekk i kommunen. NPM kjennetegnes av troen på ledelse, som også kommer til uttrykk i tonivåmodellen (Øgård, 2005, s. 36). I en trenivå-modell er derimot mellomledernivået med. Tonivå-organisering kan tenkes å påvirke folkehelseprioriteringer på flere måter. For det første kan en trenivå-organisering føre til mer prioritering av folkehelse enn en tonivå-modell, fordi en mellomleder som er tettere på etatene kan skape muligheter for mer langsiktig prioritering av folkehelse. I tillegg har man i en trenivåmodell mer kapasitet til å koordinere folkehelsearbeidet, fordi folkehelse går på tvers av den tradisjonelle inndelingen av kommunens enheter. Videre forventes ikke folkehelse med resultater som ligger langt inn i framtiden å prioriteres i en NPM-inspirert organisering. På den annen side gir en tonivå-organisering resultatenheter med større grad av frihet, så hvis det er et ønske om å prioritere folkehelse i resultatenhetene, kan dette lettere skje. Oppsummert forventes det at folkehelse som sektorovergripende, komplekst samfunnsproblem krever hierarkisk ledelse som kan ta sektorovergripende folkehelseprioriteringer. En tonivå-organisering forventes ikke å føre til en økt prioritering av folkehelse, men en hierarkisk trenivåmodell kan tenkes å bidra til at folkehelse kommer på agendaen gjennom sektorovergripende folkehelsekoordinering. Den politiske strømmen formes også av at de ideologiske forskjellene på sentralt nivå kan gjøre seg gjeldende på lokalt nivå.

3.4 Oppsummering

Når problemstrømmen, policystrømmen og politikkstrømmen kobles kan det åpnes policyvinduer for prioritering av folkehelse. Ut fra det teoretiske rammeverket har jeg operasjonalisert Kingdons strømningsmodell ved å redegjøre for hvilke forskjeller mellom kommuner som kan tenkes å forklare variasjonen i prioritering av kommunalt folkehelsearbeid. Det forventes at større, sentrale kommuner med god økonomi, ordfører fra rødgrønt parti, trenivåmodell og sentralisert administrativ budsjettprosess vil kunne ha en

positiv innvirkning på prioritering av folkehelse. I det neste kapittelet vil det bli redegjort for metodevalg, operasjonaliseringer og metodisk framgangsmåte for analysen. Figuren nedenfor er en oppsummering av de teoretiske begrepene knyttet til operasjonelle faktorer som kan påvirke kommunenes prioritering av folkehelse.

Figur 3.2. Kingdons begreper knyttet til operasjonelle faktorer.



4 Metode

I forrige kapittel ble teori og forklaringsfaktorer for variasjon mellom kommuner presentert. I de følgende avsnittene vil jeg forklare metodisk framgangsmåte og metodiske hensyn i denne studien. Formålet med denne oppgaven er å undersøke samhandlingsreformens innvirkning på kommunenes prioritering av folkehelse. I det følgende avsnittet vil det bli redegjort for hva slags datamateriale som vil bli benyttet for å besvare problemstillingen. Ut fra datamateriale og problemstilling vil deretter oppgavens forskningsdesign bli presentert, før aktuelle variabler operasjonaliseres og den statistiske modellen presenteres. Teorien tilsier at kommunestørrelse, politisk farge, kommuneøkonomi, administrativ organisering, budsjettorganisering og sentralitet kan virke inn på prioriteringen av folkehelse. For å undersøke disse hypotesene er det nødvendig med et sammensatt datamateriale.

4.1 Datamateriale

Oppgavens datamateriale består av statistisk materiale, intervjudata og offentlige dokumenter. I de neste avsnittene blir det gitt en kort presentasjon av datamaterialet og bearbeidelsen av dette.

4.1.1 Statistisk datamateriale

Det statistiske datamaterialet for denne studien baserer seg på fire datasett. Tilgang til Kommunedatabasen og Organisasjonsdatabasen er gitt av NSD, mens tilgang til NIBRs surveyundersøkelser om kommunalt folkehelsearbeid fra 2011 og 2014 er gitt av NIBR. Valg av datamateriale baserer seg på at variablene tematisk er tett koblet til oppgavens problemstilling og at deler av dataene er ferske data. NSDs kommunedatabase³ er utarbeidet og eies av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste. Mesteparten av datamaterialet er tilrettelagt og levert av andre dataleverandører, først og fremst Statistisk sentralbyrå (SSB). Data er basert på kommunestrukturen slik den var i 2012 (Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste, 2014).

³ (En del av) de data som er benyttet i denne publikasjonen er hentet fra Norsk samfunnsvitenskapelig datatjenestes kommunedatabase. NSD er ikke ansvarlig for analyse av dataene eller for de tolkninger som er gjort her.

Kommunal organisering 2012⁴ er samlet inn av Norsk institutt for by- og regionforskning (NIBR) på oppdrag fra kommunal- og regionaldepartementet (KRD). Slike undersøkelser om kommunal organisering har blitt gjennomført siden 1995, og formålet er å gi oversikt over organisasjons- og arbeidsformer i kommuner og fylkeskommuner. Dette bidrar til KRDs organisasjonsdatabase (Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS, NSD, 2013, s. 4). Dataene er samlet inn i første halvår av 2012. Undersøkelsen er sendt til alle landets kommuner og fylkeskommuner. Svarprosenten var 79 % for fullførte skjemaer, og 82 % for påbegynte skjemaer (Blåka mfl., 2012, s. 29, 188). For nærmere detaljer, se rapporten om kommunal organisering.

Datamaterialet om folkehelsearbeid er diakrone data, altså fra flere tidspunkter (Hellevik, 2002, s. 434). Jeg har fått tilgang på data fra NIBRs undersøkelse om lokalt folkehelsearbeid fra 2011 og 2014. Heretter kalles disse dataene folkehelse 2011 og folkehelse 2014. Formålet med folkehelse 2011 var å kartlegge kommuners og fylkeskommuners folkehelsearbeid før ny Folkehelselov ble iverksatt i 2012. Datainnsamlingen er gjennomført høsten 2011, mens resultatene ble publisert i en rapport i 2012 (Helgesen & Hofstad, 2012, s. 19). Datamaterialet foreligger på bakgrunn av en elektronisk spørreundersøkelse sendt til postmottaket i alle landets kommuner. Oslo kommunes bydeler ble behandlet som enkeltenheter. I 2011 var det 430 kommuner. Svarprosenten er 87 % for påbegynte svar og 58 % for fullførte svar. Helgesen og Hofstad anser svarene som respektable gitt folkehelse temaets kompleksitet (Helgesen & Hofstad, 2012, s. 32–34). Folkehelse 2014 er også samlet inn av NIBR, og er en fortsettelse på folkehelseforskningen fra 2011. Det er foreløpig ikke publisert noen rapport basert på dataene, men jeg har fått tilgang til data og metodiske vurderinger fra forskningsgruppen. Svarprosenten er 72,9 % for påbegynte svar og 60,4 % for fullførte svar. Antall enheter for folkehelse 2011 er 361 kommuner, mens antall enheter for folkehelse 2014 er 303 kommuner. Jeg har foretatt en frafallsanalyse hvor kommunene er gruppert etter kommunestørrelse og fylkestilhørighet. Tabell 1.1. i vedlegg 1 viser at når det gjelder kommunestørrelse, er fordelingen for utvalget tilnærmet lik som fordelingen for universet. Fordelingen kan tyde på at store kommuner (flere enn 35 000 innbyggere) er litt

⁴ (En del av) de data som er benyttet her er hentet fra "Undersøkelse om kommunal organisering 2012, Kommunefil". Undersøkelsen er finansiert av Kommunal- og regionaldepartementet (KRD). Data i anonymisert form er stilt til disposisjon av Norsk institutt for by- og regionforskning (NIBR) gjennom Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD). Verken NIBR, KRD eller NSD er ansvarlig for analysen av dataene, eller de tolkninger som er gjort her

overrepresentert i utvalget, men forskjellen mellom univers og utvalg er på kun 2 kommuner, så det anses ikke som et problem. Når det gjelder fylkestilhørighet, viser tabell 1.2. i vedlegg 1 at fordelingen for utvalget er tilnærmet lik fordelingen for universet, men fordelingen kan tolkes som at Hordaland og Nord-Trøndelag er underrepresentert, mens Sør-Trøndelag er overrepresentert. Men heller ikke her kan forskjellene mellom fordelingene i utvalg og univers sies å være store. Som en samlet vurdering anses ikke frafallet til spørreundersøkelsen som et problem for denne studiens generaliseringsmuligheter.

4.1.2 Intervjudata

Jeg har fått tilgang til intervjudata fra prosjektet «Folkehelse og forebygging» som er utført av NIBR og Høyskolen i Buskerud og Vestfold på oppdrag fra Kommunesektorens organisasjon (KS). Det ble gjennomført fokusgruppeintervjuer i 12 kommuner, og jeg har analysert et transkribert intervjumateriale fra 11 av disse kommunene. De som ble intervjuet var nøkkelpersonell i seks ulike fylker, altså ledere eller nestledere for kommunale enheter som jobber med folkehelse. For nærmere informasjon om metodisk framgangsmåte for intervjuene, se prosjektrapporten (Helgesen mfl., 2014). Motivasjonen for å bruke intervjudata i denne oppgaven er å forstå utfordringer kommunene møter på i prioriteringen, og om kommunene mener at samhandlingsreformen har endret noe i folkehelsearbeidet. I tillegg vil intervjudataene bli brukt for å utfylle resultatene fra det statistiske materialet. Kjennetegn ved fokusgrupper er et forskerstyrt emnefokus med samspill mellom intervjupersonene. I fokusgruppeintervjuene kommer det fram hva kommunene *mener* om folkehelsearbeidet, et aspekt som ikke er dekket i spørreundersøkelsene. Fokusgrupper egner seg for å produsere data om gruppers fortolkninger og samhandling (Halkier, 2010, s. 10–13). Sammenlignet med intervjuer med én person gjør fokusgruppeintervjuer at det kan dukke opp spennende diskusjoner og respondentene kan utfylle hverandres svar.

4.1.3 Dokumentdata

Dokumenter har vært viktig bakgrunnsstoff for denne oppgaven. Utgangspunktet har vært St.meld. nr. 47 (2008-2009) *Samhandlingsreformen*, som er kjernedokumentet i reformen. Dette dokumentet har siden reformforslaget blitt supplert av dokumenter som gir en nærmere forklaring og konkretisering av reformens innhold. Folkehelseloven og Helse- og omsorgstjenesteloven som trådte i kraft i 2012 er viktig i så henseende. Jeg har studert lovene

for å kartlegge hva samhandlingsreformen faktisk pålegger kommunene. Det har vært nyttig å studere reformforslaget fra stortingsmeldingen sammen med lovene, for å se hvordan reformen ble konkretisert. For å forstå folkehelselovens innhold har jeg også studert lovens forskrift om oversikt over folkehelsen og Helsedirektoratets veileder til oversiktsarbeidet (Helsedirektoratet, 2013a). I prosessen med oppgaven har Helsedirektoratets veiledere vært velegnet både som en introduksjon til et tema og til å skaffe seg oversikt over detaljer. Bruk av stortingsmeldinger som Samhandlingsreformen (2008-2009) og Folkehelsemeldingen (2012-2013) har fordeler ved at de er detaljerte dokumenter som beskriver hvilke statlige styringsmidler som kan brukes overfor kommunene. De er et uttrykk for eksplisitt helsepolitikk på det tidspunktet de blir utgitt. Det er imidlertid viktig å være oppmerksom på at disse dokumentene inneholder politiske ambisjoner eller politiske løfter. De sier dermed ikke noe om gjennomslagskraften til politikken.

4.1.4 Bearbeidelse av datamaterialet

Jeg har jobbet med to datasett. Ett datasett er folkehelse 2011, mens det andre er folkehelse 2014 og variabler fra kommunedatabasen og kommunal organisering. Det er i 2014-dataene jeg vil bruke kommunevariabler for å forklare variasjon mellom kommunene. Jeg har fjernet Oslos bydeler fra analysen, fordi variablene jeg skal bruke til å analysere variasjon mellom kommuner ikke har data på bydelsnivå. Man kan anse en bydel i Norges største by som en stor kommune med tanke på innbyggertall og omfanget av velferdsoppgaver, selv om en bydel ikke har like mange oppgaver som en vanlig kommune. Problemstillingen i denne oppgaven om prioritering og agendasetting i kommuner kan imidlertid ikke anvendes på bydelsnivå, fordi bydelene ikke har den samme insentivordningen hvor overskuddet fra kommunal medfinansiering kan brukes på folkehelsearbeid og fordi strukturene for agendasetting ikke er de samme i en bydel som i en kommune. Organiseringen av politikk og administrasjon er ulik i bydeler i forhold til kommuner. Oslo er ikke med i frekvensfordelinger for 2011, siden hele Oslo kommune ikke var en enhet i undersøkelsen, men kun de enkelte bydelene. I 2014-undersøkelsen er derimot Oslo med som en enhetenhet. Folkehelsearbeid i Oslos bydeler er interessante casestudier, siden bydelene til sammen nok ikke er like enhetlige som en annen norsk kommune kan framstå.

4.2 Forskningsdesign

Utgangspunktet for studien er en undersøkelse av prioriteringen av folkehelse i norske kommuner og om prioriteringen er endret etter samhandlingsreformen. Dette er en breddeundersøkelse med et stort antall enheter. Fordelen med et slikt bredt, ekstensivt opplegg er mulighetene det gir for å studere variasjonen i enhetenes egenskaper. Å undersøke mange enheter gir også bedre grunnlag for å trekke slutninger som kan generaliseres. Når man derimot går i dybden med informasjon om hver enkelt enhet, er opplegget intensivt. Intensive opplegg gir detaljkunnskaper om en enhets verdier på variabler, samtidig som man kan se enheten i et helhetsperspektiv. Med begrensede ressurser til rådighet er forholdet mellom antall enheter og antall variabler en viktig avveining (Hellevik, 2002, s. 95–99). For problemstillingen om kommuners prioritering av folkehelse passer et kvantitativt, statistisk forskningsdesign for å kartlegge problemstillingen i bredden og gi sammenlignbare data. Tilnærmingen til problemstillingen har et deduktivt preg, fordi jeg har arbeidet meg fram til den på bakgrunn av eksisterende forskning og en forforståelse. Jeg har vært interessert i å finne empiri som kan belyse spørsmål i tidligere forskningsdiskusjoner (Hellevik, 2002, s. 35, 81).

4.2.1 Oppgavens forskningsdesign

Oppgavens forskningsdesign er multivariat statistisk analyse. Forskningsdesignet er todelt. Først vil jeg undersøke fire variabler på to tidspunkter for å se om det har vært en endring i kommunenes prioritering fra 2011 til 2014. Her vil jeg undersøke hva mønstrene er. Deretter vil jeg bruke OLS-regresjonsanalyse (engelsk: *ordinary least squares*, norsk: minste kvadratsums metode) for å sjekke hva som kan forklare disse mønstrene for prioritering i folkehelse 2014-dataene⁵. Her vil jeg bruke ulike kjennetegn ved kommunene som

⁵ Mulighetene for flernivåanalyse ble også vurdert. Jeg forventet at kommunene innenfor et fylke var likere enn kommuner fra forskjellige fylker, f. eks på grunn av prosjektfinansiering eller annen påvirkning fra fylkeskommunen. Intraklassekorrelasjon (ICC) ble undersøkt med indeks for helsefremmende tiltak som avhengig variabel. ICC har verdien .008, som indikerer at det ikke er homogenitet innenfor og heterogenitet mellom fylkene så tydelig at flernivåanalyse bør brukes. Variasjonen mellom fylkene utgjør altså bare omtrent 1 % av avhengig variabel. En annen mulighet for flernivåanalyse som ble vurdert var å inkludere en variabel på individnivå, med kommuner som nivå 2 og innbyggernes levekår som nivå 1, fordi det kan forventes at innbyggernes levekår kan gi utslag for kommunens prioritering av folkehelse. Gjennomsnittlig levekår kan bidra til å forklare variasjon mellom kommunene. Levekårsindeksen i kommunedatabasen ble vurdert, men fordi dataene i indeksen stammer fra 1997-2007, indikatorene ikke nødvendigvis har med folkehelse å gjøre, og kun gjelder for de over 16 år, anser jeg den ikke som tilfredsstillende nok til å inkluderes i analysen. Med min statsvitenskapelige tilnærming har jeg heller ikke tilstrekkelig kompetanse til en helsefaglig vurdering av hvilke

uavhengige variabler, og to ulike mål på prioritering som avhengige variabler. Siden denne studien sammenligner data fra to ulike tidspunkter, kan den karakteriseres som begynnelsen på en tidsserie. I følge Hellevik er en tidsserie å stille ulike, men sammenlignbare utvalg av respondenter de samme spørsmålene på ulike tidspunkter (2002, s. 435). I en panelstudie er det derimot akkurat det samme utvalget av respondenter som besvarer samme spørsmål på to eller flere tidspunkter, men det er ikke tilfelle i denne undersøkelsen (Hellevik, 2002, s. 470).

Fordelene med en regresjonsanalyse er at man kan beskrive styrken og sammenhengen av påvirkningen mellom de uavhengige og den avhengige variabelen, og man kan skille mellom direkte og indirekte sammenhenger ved å kontrollere for mellomliggende variabler (Skog, 2010, s. 214). I en multivariat regresjonsanalyse knyttes flere forklaringsvariabler til en avhengig variabel. Fordelen med flere uavhengige variabler er at man kan dekke flere aspekter, i tillegg til at man kan beskrive presise sammenhenger ved å identifisere effekten av en variabel samtidig som andre variabler holdes konstant. Å holde en variabel konstant betyr at effekten av variabel x_1 på den avhengige variabelen er så å si rensert fra effekten av variabel x_2 og omvendt. Man kan også undersøke de uavhengige variablenes relative betydning ved å bestemme hvor god forklaring en bestemt variabel presenterer i forhold til andre variabler. I tillegg kan man sette ulike grupper av variabler opp mot hverandre. Man kan undersøke både enkeltvariablene innenfor hver av gruppene og enkeltvariablenes unike effekt (Midtbø, 2007, s. 97–98).

4.2.2 Eksperiment som alternativt design

Et alternativt forskningsdesign for å undersøke folkehelseprioriteringene kunne ha vært et eksperimentdesign. I et eksperimentelt undersøkelsesopplegg har forskeren kontroll over årsaksvariabelen, slik at enhetenes verdi på variabelen kan bestemmes ved hjelp av en tilfeldighetsmekanisme (Hellevik, 2002, s. 464). Forskeren sikrer at det eneste som skiller to grupper som sammenlignes, er at den ene blir utsatt for en påvirkning som den andre ikke får. I statsvitenskap er det imidlertid sjelden at man kan manipulere årsaksvariabelen, så eksperimenter er ikke så vanlig. Men prinsippet om eksperimenter er interessant å ha med seg for å forstå de begrensninger som et ikke-eksperimentelt undersøkelsesopplegg gir for å trekke årsaksslutninger (Hellevik, 2002, s. 89). Samhandlingsreformen kan være årsak til

faktorer som påvirker folkehelsen, og en slik helsefaglig tilnærming faller heller ikke inn under denne oppgavens problemstilling.

endring i prioritering av folkehelsearbeid. Derfor hadde et eksperimentdesign vært ideelt for å sammenligne forhold før og etter reformen, og man kunne undersøkt reformens konkrete resultater som en intervensjon i folkehelsearbeidet. Et problem er at reformen er iverksatt i alle norske kommuner, slik at det ikke eksisterer en kontrollgruppe for eksperimentet. I tillegg er norske kommuner så forskjellige at man ikke kunne kontrollert for om kommunene var sammenlignbare før reformen eller ikke. Hvis reformen kun hadde blitt innført i et representativt utvalg, og ikke i alle kommuner, kunne man ha sammenlignet kommuner der reformen hadde blitt iverksatt og ikke. Kvasi-eksperimenter er eksperimenter der inndelingen i kontroll- og eksperimentgruppe ikke er gjort av forskeren ved en tilfeldighetsmekanisme (Hellevik, 2002, s. 468). Naturlige eksperimenter er en form for kvasi-eksperimenter der fordeling i kontrollgruppe og eksperimentgruppe er bestemt av forhold forskeren ikke kan kontrollere. En forskjell fra tradisjonelle eksperimenter er at det er forhold utenfor forskerens kontroll som forårsaker eksperimentet, altså har randomisert tildeling av et gode oppstått uten innblanding fra forskeren (Ugreninov & Birkelund, 2013, s. 68–69). Et problem med naturlige eksperimenter kan være lav ekstern validitet eller generaliserbarhet (Ugreninov & Birkelund, 2013, s. 85). Jeg anvender ikke et naturlig eksperimentdesign, fordi det er for omfattende for en oppgave av dette omfanget. Ugreninov og Birkelund viser imidlertid i sin artikkel at naturlige eksperimenter kan være et nyttig hjelpemiddel i samfunnsforskningen. Et lignende fenomen som kan brukes i politikktutvikling er designeksperimenter, hvor forskningsspørsmålet dreier seg om hvordan en intervensjon skal designes. Det eksperimentelle aspektet ved designeksperimentet er å manipulere en intervensjon over tid, og observere den helt til man har oppnådd tilfredsstillende resultater. Slik fortsetter eksperimentet gjennom en serie med design-redesign-sykluser, og beslutningstakerne og iverksetterne får tilbakemeldinger etter hvert som politikken utformes. Målet er at policydesignet tilpasses til å fungere i en bestemt kontekst, og man har eksperimentert seg fram til en tilfredsstillende versjon av en intervensjon som kan være et utgangspunkt for en større randomisert test av politikken (Stoker & John, 2009, s. 356). Eksperimentforskning er dermed ikke en uaktuell framgangsmåte for å studere en reform og dens virkemidler, og eksperimenter kan gi verdifulle bidrag til politikktutvikling (Stoker, 2010, s. 55).

4.3 Operasjonalisering

Når problemstillingen går fra å drøftes teoretisk til å bli undersøkt empirisk, må operasjonelle definisjoner av fenomenene som skal undersøkes spesifiseres. En operasjonell definisjon forteller hvilke operasjoner som må utføres for å ta stilling til om et empirisk fenomen faller inn under det teoretiske begrepet (Hellevik, 2002, s. 51). Oppgavens tema og avhengige variabel er prioritering eller agendasetting av folkehelsearbeid i kommunene. Den teoretiske definisjonen av prioritering baserer seg på agendasetting, som innebærer både å øke bevisstheten om en sak, behandle den i kommunestyret og iverksette tiltak. Den empiriske undersøkelsen av prioritering blir gjennomført i to deler. I første del undersøkes om det har skjedd en forandring fra 2011 til 2014 ved sammenligning av frekvensfordelinger. I del to foretas det en regresjonsanalyse for å se hva som er forskjellen på kommuner som prioriterer folkehelse mer enn før, og de som ikke gjør det. De fire følgende spørsmålene inngår i begge folkehelse-undersøkelsene: 1. *Har kommunen utarbeidet oversikt over helsetilstanden og positive og negative påvirkningsfaktorer, jf. kommunehelsetjenesteloven § 1-4?*⁶ 2. *Har kommunen en folkehelsekoordinator?* 3. *Hvor stor andel av folkehelsekoordinatorens tid er satt av til å drive folkehelsearbeid?* 4. *Hvem er folkehelsekoordinatorens nærmeste leder?* Jeg oppretter indekser for 2011 og 2014 for de fire spørsmålene og sammenligner deretter differansen for å se utviklingen fra 2011-2014. Indeksene utgjør en god substansiell operasjonalisering av prioritering av folkehelsearbeid ut fra både det teoretiske rammeverket og føringene i folkehelsepolitikken. Operasjonaliseringen av indeksene anses å ha god definisjonsmessig validitet, som betyr godt samsvar mellom bruken av begrepet «prioritering av folkehelse» på teoriplanet og empiriplanet (Hellevik, 2002, s. 51). Først må alle variabler som skal inngå i indeksen omkodes til dikotomier.

4.3.1 Omkodinger

Oversiktsarbeid

I folkehelse 2011 har spørsmålet om kommunen har oversikt over helsetilstanden tre svaralternativer: ja, nei og vet ikke. Jeg koder om variabelen til verdi 1=ja og 0=vet ikke, nei. I folkehelse 2014 har den tilsvarende variabelen i tillegg svaralternativet «vi er i ferd med å

⁶ For 2014: Folkehelseloven § 5.

starte opp dette arbeidet». Å være i ferd med noe er ikke et klart ja-svar, så jeg koder dette svaralternativet som 0 sammen med nei og vet ikke. Ja-svar gis verdi 1.

Folkehelsekoordinator

Om kommunen har folkehelsekoordinator har svaralternativene ja, nei og vet ikke både i folkehelse 2011 og 2014. Jeg koder dem om til vet ikke, nei = 0, ja = 1.

Andel tid til folkehelsearbeid

Andelen av folkehelsekoordinatorens tid som er satt av til folkehelsearbeid har nesten de samme svaralternativene i 2011 og 2014, bortsett fra at «annet» var et skrivefelt i 2011.

Svaralternativene er 10-20 %, 30-40 %, 50-60 %, 70-80 % og 90-100 % av folkehelsekoordinatorens tid til folkehelsearbeid. Jeg delte inn verdiene i høy og lav, hvor fra 50-60 % og oppover kodes som høy andel tid (verdi 1), mens 30-40 % og lavere kodes som lav andel tid (verdi 0). Enhetene ble slik delt i to omtrent like store kategorier. Tolkningen av tekstsvarene i «annet»-variabelen for 2011 gjør at de passer å kategorisere som 0. For 2014 var «annet» et avkrysningsalternativ, og det er også kodet som 0. For 2014 var det i det elektroniske spørreskjemaet mulig å krysse av for flere alternativer. Det var 22 enheter som hadde krysset av for to svar. For de som hadde svart to prosentintervaller, slettet jeg det laveste svaret. For de som hadde svart ett prosentintervall og «annet», slettet jeg annet-svaret.

Folkehelsekoordinatorens nærmeste leder

Spørsmålet om hvem som er folkehelsekoordinatorens nærmeste leder, har disse svaralternativene: rådmannen, leder for kultur, helsesjef/kommuneoverlege, leder for oppvekst, plansjef, annet. Jeg kodet variabelen som rådmann = 1, seksjonssjef og annet = 0. Rådmannen som folkehelsekoordinatorens nærmeste leder anses som høy grad av prioritering, siden folkehelsearbeidet kommer høyere opp i hierarkiet. De resterende kategoriene anses i denne sammenheng som relativt likestilte, og kodes som lav verdi. Alternativet «annet» er et tekstsvar for 2011, og et avkryssningssvar for 2014. I folkehelse 2011 var tekstsvaret en egen variabel. Derfor opprettet jeg en ny verdi på den opprinnelige variabelen, verdi 6 = annet. De som har skrevet noe tekst som kan kategoriseres som annet, gir jeg verdi 6. Hvis de har skrevet noe tekst og i tillegg krysset av for noe lignende, lar jeg krysset deres stå. De som har skrevet rådmannen, men ikke krysset av for rådmannen, gir jeg verdi 1-rådmannen. De som

hadde skrevet helsesøster eller noe annet med helse, ga jeg verdi 3 - helsesjef/kommuneoverlege, hvis de ikke hadde kryssset av noe fra før. Etter innarbeidelsen av «annet»-variabelen for 2011 ble litt flere respondenter kodet som «rådmann» og «helsesjef/kommuneoverlege», i tillegg til den nye «annet»-kategorien.

4.3.2 Indekskonstruksjoner

Jeg har opprettet to indekser basert på de fire spørsmålene ovenfor, en for 2011 og en for 2014. Variablene som inngår i indeksen, er om kommunene har oversikt over helsetilstanden, om de har folkehelsekoordinator, hvor stor andel av folkehelsekoordinatorens tid som er satt av til å drive folkehelsearbeid, og hvem som er folkehelsekoordinatorens nærmeste leder. Først ble variablene omkodet til dikotomier. Alle variablene har verdi 0 og 1, hvor 1 regnes som høy verdi på prioritering. Operasjonene var deretter like, både i 2011- og 2014-datasettene. Jeg adderte sammen variablene som skulle inngå i indeksen, og opprettet `index_prio2014` og `index_prio2011`. `Index_prio2011` har verdiene 0-4 og antall missing er 127. `Index_prio2014` har verdiene 0-4 og antall missing er 73. Verdi 0 tolkes som lav grad av prioritering og 4 som høy grad av prioritering. Når man bruker denne addisjonsmetoden for indekskonstruksjon, blir enheter som mangler gyldig verdi på minst én indikator utelukket. Det betyr at enheter som kunne bidratt med informasjon, ikke blir regnet med (Christophersen, 2009, s. 91). Addisjonsmetoden stiller altså «streng» krav til hvilke enheter som får inkluderes i indeksen.

Avhengige variabler

Avhengige variabler viser hvordan enhetene fordeler seg på enkelte egenskaper. Den første avhengige variabelen er 2014-indeksen fra forrige avsnitt, `index_prio2014`. I denne indeksen brukes ganske forskjellige variabler som mål på prioritering, og det er nyttig for å undersøke så mye som mulig av begrepet prioritering. Denne variabelen vil også bli brukt i regresjonsanalysen. Når det gjelder avhengig variabel 2 og 3, er prioritering et vidt begrep, så jeg har valgt å ha et sett med avhengige variabler som måler dette. Jeg oppretter to indekser for å måle to ulike aspekter ved prioritering: helsefremmende tiltak og forebyggende tiltak utviklet som en oppfølging av samhandlingsreformen. Indeks for helsefremmende tiltak vil også bli brukt i regresjonsanalyse, mens fordelingen på indeks for forebyggende tiltak vil bli deskriptivt undersøkt. Framgangsmåten vises i de følgende avsnittene:

Indeks for helsefremmende tiltak

Jeg bruker spørsmålet «Er konkrete helsefremmende tiltak utviklet som en oppfølging av samhandlingsreformen? Her kan du sette flere kryss» fra folkehelse 2014 for å operasjonalisere prioritering av folkehelse som utvikling av helsefremmende tiltak. Hvert svaralternativ var en separat variabel i datasettet og hadde kun verdi 1 – ja.

- Styrking av det tverrsektorielle folkehelsearbeidet
- Styrking av kunnskapsgrunnlaget for folkehelsearbeidet
- Integrering av folkehelse i kommuneplanleggingen
- Utvikling av nye sosiale møteplasser i kommunen
- Økt samarbeid med frivillige organisasjoner
- Ingen helsefremmende tiltak er iverksatt
- Annet
- Vet ikke

Cronbachs alfa er et mål på målingsreliabilitet som er vanlig å bruke for å estimere om et indikatorsett er en tilfredsstillende operasjonalisering av et begrep. For homogene indikatorsett uttrykker Cronbachs alfa indre konsistens mellom indikatorene, og forteller i hvilken grad indeksen kan sies å gi et konsistent måleresultat (Christophersen, 2009, s. 217; Skog, 2010, s. 97). Denne koeffisienten varierer mellom 0 og 1, og over .7 er akseptert. Jeg utelater «ingen helsefremmende tiltak er iverksatt», «annet» og «vet ikke» i indekskonstruksjonen, siden disse ikke er en operasjonalisering av utvikling av helsefremmende tiltak. Indeksen har fem indikatorer og Cronbachs alfa er på .670, som er i nærheten av kravet på .7. Cronbachs alfa på .670 indikerer moderat indre konsistens og at 67 prosent av variansen til indikatorsettet er sann (reliabel) varians (Christophersen, 2009, s. 217). Jeg konstruerte en indeks ved å addere variablene som skulle inngå. Indeksen fikk navnet index_helsefrem. Indeksen har verdiene 0-5 og viser hvor mange helsefremmende tiltak respondentene har krysset av for på en skala fra 0-5. Jo flere helsefremmende tiltak de har krysset av for, desto høyere prioritering av helsefremmende tiltak i folkehelsearbeidet. Gjennomsnitt for indeksen er 3, så respondentene har i gjennomsnitt krysset av for tre helsefremmende tiltak.

Indeks for forebyggende tiltak

For å operasjonalisere prioritering som utvikling av forebyggende tiltak, bruker jeg spørsmålet «Er konkrete forebyggende tiltak utviklet som en oppfølging av samhandlingsreformen? Her kan du sette flere kryss» fra folkehelse 2014.

Forebygging av livsstilssykdommer (kosthold, fysisk aktivitet, tobakk, osv)
Forebygging av fallulykker i hjemmet
Forebygging av trafikkfarlige situasjoner
Forebygging av psykiske lidelser
Ingen forebyggende tiltak er iverksatt
Annet
Vet ikke

Reliabilitetsanalysen og indeksskonstruksjonen foretas på samme måte som for indeksen for helsefremmende tiltak. Fire variabler skal inngå i indeksen, og jeg utelater «ingen forebyggende tiltak er iverksatt», «annet» og «vet ikke». Koeffisienten for Cronbachs alfa er .512. 51 prosent av variansen til indikatorsettet er sann reliabel varians. Index_forebygg har verdiene 0 til 4. Gjennomsnittet er 1,7 og rundes opp til 2. Respondentene har i gjennomsnitt krysset av for 2 forebyggende tiltak.

4.3.3 Uavhengige variabler

Kommunestørrelse

Kommunestørrelse operasjonaliseres med folkemengden i kommunen 1. januar 2012, en variabel fra kommunedatabasen (N = 302). Dette er en kontinuerlig variabel (en variabel med mange mulige verdier, ikke bare intervaller eller diskrete verdier) på forholdstallsnivå som dermed kan benyttes i regresjonsanalyse. For å unngå uteliggende enheter på grunn av store forskjeller i folketall, foretar jeg en logaritmisk omkoding av variabelen. Logaritmisk omkoding har betydning for tolkningen av variabelen i regresjonsanalysen, og innebærer at vi går fra å betrakte absolutte endringer til å betrakte prosentvise, relative endringer (Skog, 2010, s. 248). Folketallsvariabelen har en skjevhet på 12,728. Variabelen er dermed høyreskjev og bør log-transformeres. Skjeve kontinuerlige variabler kan skape problemer for signifikanstesting, men skjevheten kan reduseres hvis fordelingen transformeres logaritmisk (Christophersen, 2009, s. 85). Etter log-transformering er skjevheten redusert til 0,511. Den innbyrdes rangeringen av kommunene forandres ikke, men resultatene blir mer meningsfulle i regresjonssammenheng, fordi uteligger-problematikken omgås.

Kommuneøkonomi

Kommunens økonomiske kapasitet operasjonaliseres med variabelen «driftsregnskapet 2011: Netto driftsresultat» i kommunedatabasen. Variabelen er på forholdstallsnivå og er oppgitt i

kroner (N=300). Netto driftsresultat er en indikator for kommunenes økonomiske balanse. Det viser årets driftsoverskudd etter at avdrag og renter er betalt. Netto driftsresultat er et uttrykk for hva kommunene har til disposisjon til avsetninger og investeringer. Over tid bør det ligge på omtrent 3 prosent av inntektene (Prop. 115 S, 2010-2011, s. 48). Positivt netto driftsresultat kan defineres som «overskudd», men ikke overskudd slik som en bedrift har. Det uttrykker derimot likviditeten i kommunene. Kommunene skal sørge for mest mulig velferd for innbyggerne, og målet er ikke å skape overskudd. Men for å ha en bærekraftig økonomi kan ikke kommunene, i likhet med bedrifter, over tid ha kostnader som overstiger inntektene (ECON, 2007). Netto driftsresultat kan enten brukes til finansiering av investeringer eller avsettes til senere bruk (Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste, 2014). Netto driftsresultat er det viktigste nøkkeltallet i kommunens regnskap. Det er et nøkkeltall i KOSTRA, men finnes ikke nødvendigvis i budsjettet og regnskapet til kommunene (Pedersen, 2009, s. 179). Jeg gjør variabelen relativ til folketall i kommunene ved å opprette variabelen «driftsresperinnbygger» med netto driftsresultat delt på den kontinuerlige innbyggertall-variabelen.

Sentralitet

Om kommunene karakteriseres som sentral eller perifer, operasjonaliseres med «Kommunetypologi 2008: Sentralitet», en variabel i kommunedatabasen. Variabelen har fire verdier (0-4) og er på ordinalnivå. Operasjonaliseringen fra kommunedatabasen er som følger: «med sentralitet menes en kommunes geografiske beliggenhet sett i forhold til tettsteder av ulik størrelse. Tettstedene deles i tre nivåer etter folketall og tilbud av funksjoner. Tettsteder på nivå 3 er landsdelssentrene (eller et folketall på minst 50 000), nivå 2 har et folketall mellom 15 000 og 50 000, nivå 1 har et folketall mellom 5 000 og 15 000. For å beskrive de muligheter befolkningen i en kommune har for arbeidsreiser til et eller flere av disse tettstedene, har en inndelt kommunene i fire sentralitetsnivåer (0-3), hvor 0 er de minst sentrale kommunene» (Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste, 2014). For nærmere detaljer om operasjonalisering, se dokumentasjonen til kommunedatabasen. I tråd med hypotesen om at sentrale kommuner prioriterer folkehelse mer enn usentrale kommuner, omkodes variabelen til en dikotomi. Jeg gir noe sentrale kommuner og sentrale kommuner verdi 1 – sentral, mens minst sentrale og mindre sentrale kommuner får verdi 0 – lite sentral. Fordelingen på originalvariabelen er jevn, så enhetene deles dermed inn i to omtrent like store grupper. 148 kommuner har verdi 0, og 153 kommuner har verdi 1.

Politisk profil

Kommunenes politiske profil operasjonaliseres med en variabel fra kommunedatabasen, «Kommunestyrevalget 2011: Ordførers partitilhørighet». Variabelen har 13 verdier og er på nominalnivå, siden kategoriene kun er gjensidig utelukkende. Jeg følger Helgesen og Hofstad som i en artikkel har dikotomisert ut fra om partiene var med i den rød-grønne regjeringen (Sp, SV, Ap) vs. H, Krf eller Frp (Helgesen & Hofstad, 2014). Jeg dikotomiserer variabelen ut fra om ordførerens parti var med i den rødgrønne koalisjonen eller ikke. Ordførers parti en del av rødgrønn koalisjon gis verdi 1, mens alle andre partier gis verdi 0.

Tonivå-modell

Tonivå-modell operasjonaliseres med to variabler fra datasettet kommunal organisering 2012. I rapporten om kommunal organisering er en «rendyrket» tonivå-modell operasjonalisert som kommuner som oppgir at de ikke har noe ledernivå mellom administrasjonssjefnivået og ledere for de utøvende tjenestene, og kommuner som svarer at enkeltvirksomheter rapporterer direkte til administrasjonssjefnivået. Rapporten viser at 27,1 prosent av norske kommuner hadde rendyrket tonivåmodell i 2012 (N=336). Jeg operasjonaliserer tonivå-modell på samme måte, og bruker spørsmål 18b alternativ a, «hvilke typer enheter rapporterer direkte til administrasjonssjefsnivået? Enkeltvirksomheter (f.eks. den enkelte skole, barnehage, sykehjem)», og spørsmål 18c alternativ a, «hvor mange faktiske ledernivåer er det mellom administrasjonssjefsnivået og lederne for de utøvende tjenestene? Ingen». N for spørsmålene er 247. Det er ikke relevant for kommuner med parlamentarisme å svare på overordnet administrativ organisering. Oslo, Tromsø og Bergen har oppgitt at de bruker en parlamentarisk styringsmodell og ikke svart på disse spørsmålene (Blåka mfl., 2012, s. 79). Spm 18b, alternativ c har to verdier (1= ja, 0 = nei). Spm 18c har fem verdier (ingen, ett, to, flere, varierer mellom tjenesteområder). Jeg er kun interessert i første svaralternativ, «ingen», og lager en omkodet variabel med verdiene 1 = ingen, 0 = alle andre alternativer. En bivariat krysstabell mellom spm 18b og omkodet 18c viser at det er 68 enheter som har verdi 1 på begge variablene, altså rendyrket tonivåmodell slik det er definert i kommunal organisering. Jeg oppretter en ny variabel som inkluderer enheter som har kombinasjonen spm. 18b (ja) og spm. 18c (ingen). I den omkodede variabelen er det 68 enheter som har en rendyrket tonivåmodell, 27,5 prosent av enhetene. N er lavere enn i rapporten om kommunal organisering, men her er det to kilder til bortfall, nemlig både i datasettene til kommunal organisering og folkehelse 2014.

Budsjettprosessen

Organiseringen av budsjettprosessen operasjonaliseres med spørsmål 17 fra Kommunal organisering 2012: “De siste fasene i årsbudsjettprosessen i kommunene kan bl.a. organiseres på følgende tre måter”: fragmentert prosess, sentralisert administrativ prosess, sentralisert politisk prosess. Variabelen er på nominalnivå og har tre kategorier. 69 prosent av kommunene oppgir å ha sentralisert administrativ prosess, 23 prosent sentralisert politisk og 8 prosent har fragmentert prosess. For å kunne brukes i regresjonsanalyse må variabelen kodes om. Når variabelen kodes om til dikotome dummyvariabler, kan den brukes på alle målenivåer. Formålet med dummyvariabler er at man får de samme fordelene som en dikotomi til å bruke analyseteknikker som krever høyt målenivå, for eksempel regresjon. Samtidig har dummyvariabler den fordelen at man unngår å måtte slå sammen verdier til en «grov» og kunstig dikotomi som gjør at man mister nyansene i kategoriene (Hellevik, 2002, s. 183). Dikotome dummyvariabler er kodet 0 og 1. For hver enkelt dummyvariabel er verdi 1 en bestemt kategori og 0 de andre kategoriene. Enheter med missing verdi har missing på dummyvariablene (Christophersen, 2009, s. 87). Jeg oppretter tre dummyvariabler, men trenger kun å bruke to dummyvariabler i regresjonsanalysen, med den tredje som referansekategori.

Tjenestetilbud

Med formål om en tilleggsanalyse har jeg til slutt inkludert en variabel som måler prioritering av nye tjenestetilbud i samhandlingsreformen. Jeg opprettet en indeks på bakgrunn av dette spørsmålet fra folkehelse 2014: «Er nye tjenestetilbud utviklet som en oppfølging av samhandlingsreformen? Her kan du sette flere kryss». Slik fordeler enhetene seg på spørsmålet om nye tjenestetilbud:

- Eablering av øyeblikkelig hjelp-tilbud
- Eablering av eller styrking av frisklivssentral
- Eablering av rehabiliteringstilbud
- Styrket hjemmetjenesten
- Styrket institusjonstilbud
- Eablering av lokalmedisinske sentra
- Ingen nye tjenestetilbud har blitt utviklet
- Annet
- Vet ikke

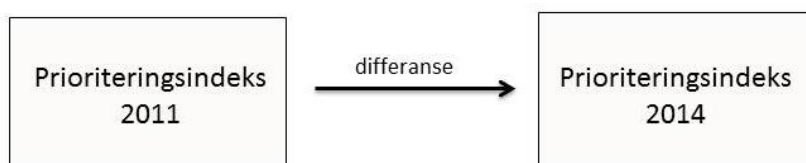
I indekskonstruksjonen har jeg fjernet «ingen nye tjenestetilbud har blitt utviklet», «annet» og «vet ikke». Indeksen har 6 indikatorer og Cronbachs alfa for indeksen er .523. Eablering av

øyeblikkelig hjelp-tilbud og etablering av lokalmedisinske sentra kan ikke karakteriseres som direkte folkehelseiltak, men som tiltak i andre deler av samhandlingsreformen. Spørsmålet om nye tjenestetilbud handler derfor mer om samhandlingsreformen i sin helhet enn om folkehelsedelen av reformen. Derfor er det interessant om utvikling av nye tjenestetilbud i samhandlingsreformen som helhet påvirker satsingen på folkehelse. I en forlengelse av dette kan det være spennende å diskutere om dette kan bidra til om folkehelse kommer høyere på dagsorden i kommunene eller ikke.

4.4 Spesifisering av statistisk modell

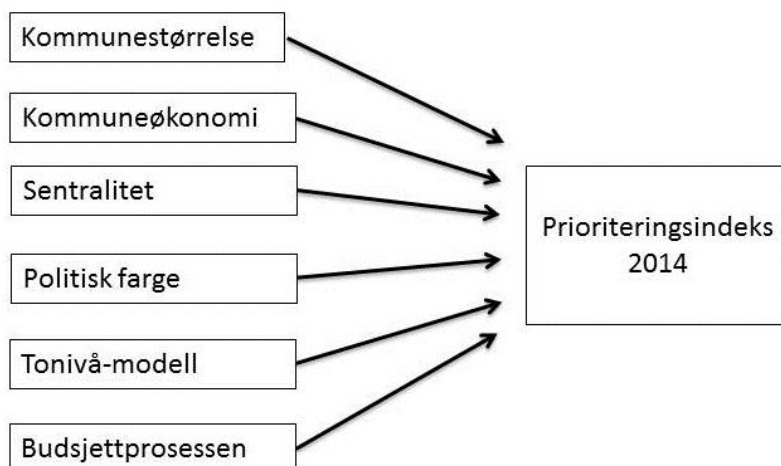
Den første kartleggende analysen er å sammenligne gjennomsnittene til prioriteringsindeksene for 2011 og 2014 for å se om prioritering av folkehelse har økt etter samhandlingsreformen.

Figur 4.1. Sammenligning av indekser



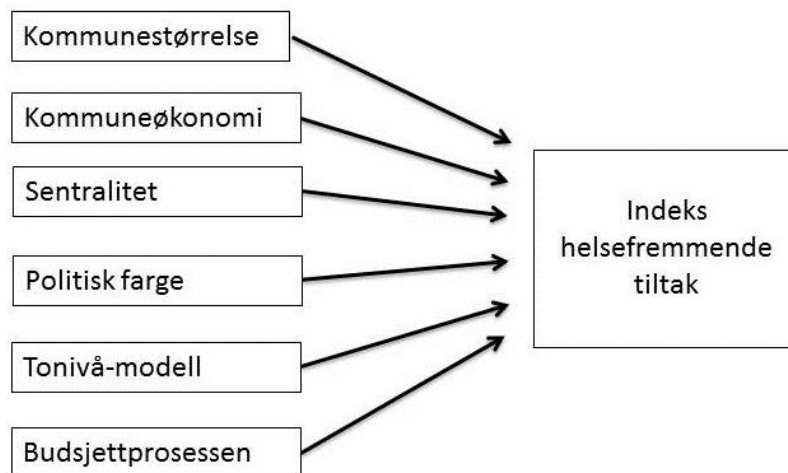
Indeksen for prioritering i 2014 vil bli brukt som avhengig variabel i den første regresjonsanalysen. Uavhengige variabler er kjennetegn ved kommunene.

Figur 4.2. Regresjonsanalyse med prioriteringsindeks som avhengig variabel



De samme uavhengige variablene brukes i en regresjonsanalyse med helsefremmende tiltak som avhengig variabel.

Figur 4.3. Regresjonsanalyse med indeks for helsefremmende tiltak som avhengig variabel



4.5 Vurdering av validitet og reliabilitet

Reliabilitet handler om hvordan målinger er utført, målingenes nøyaktighet og fravær av tilfeldige målefeil (Hellevik, 2002, s. 183, 471). Det statistiske datamaterialet og intervjudataene er samlet inn av forskere fra henholdsvis NIBR, og NIBR sammen med forskere fra Høgskolen i Buskerud og Vestfold. Jeg legger til grunn at datainnsamlingen er reliabel, og vil ikke gjøre vurderinger om reliabilitet utover å bemerke at i spørreundersøkelsene er det én person som svarer på vegne av hele kommunen. Undersøkelsene er sendt til kommunenes postmottak, og de har selv valgt hvem som skal svare på undersøkelsen. Deltakere i fokusgruppeintervjuene er satt sammen basert på forskernes ønsker og er ledere eller nestledere i tjenester som er aktuelle for folkehelsearbeidet. Jeg vil kort nevne noen validitetsutfordringer som har oppstått i arbeidet med denne oppgaven. Validitet betyr gyldighet og handler i bred forstand om å unngå forskningsmessige fallgruver (Skog, 2010, s. 87). Endringer i marginalfordelingene når man sammenligner frekvensfordelingene sier noe om samlet endring for alle kommunene. Med data fra flere tidspunkter får man altså tak i nettoendringene, eller endringene på aggregatnivå. Men selv om nettoendringen skulle være lik null, er ikke nødvendigvis bruttoendringen eller endringen på kommunenivå lik null (Hellevik, 2002, s. 440). Dette må man være oppmerksom når spørreundersøkelsene om folkehelse fra 2011 og 2014 sammenlignes. Å

trekke slutninger fra aggregert nivå til individnivå mens viktige mekanismer oversees, kalles en såkalt økologisk feilslutning (Skog, 2010, s. 109–110). Muligheten for en slik nivåfeilslutning er med i beregningen i sammenligning av spørreundersøkelsene.

Når det gjelder den statistiske analysen, er *statistisk konklusjonsvaliditet* vurdert. Det handler om de observerte sammenhengene er reelle effekter, eller kun et resultat av tilfeldigheter. Det er det samme som om sammenhengen er statistisk signifikant, altså statistisk forskjellig fra null (Skog, 2010, s. 101–102). Trusler mot statistisk konklusjonsvaliditet kan være at de statistiske forutsetningene for undersøkelsen ikke er oppfylt (Lund, 2002, s. 114). Det er de for denne undersøkelsen, og forutsetninger for regresjonsanalyse vil bli gjennomgått i mer detalj i kapittel seks. Et interessant validitetsspørsmål er om utvalget av kommuner i denne studien er statistisk representativt for hele populasjonen av norske kommuner. Denne validitetsvurderingen knytter seg til utvalget av enheter i det statistiske datamaterialet og hvor *begrepsvalid* utvelgingen er. I følge Skog kan man sikre statistisk representativitet ved for eksempel å bruke sannsynlighetsutvelging (2010, s. 99–100). I NIBRs spørreundersøkelser er alle enhetene i populasjonen (alle kommuner) bedt om å delta. I frafallsundersøkelsen hvor kommunestørrelse og fylkestilhørighet ble undersøkt, fant jeg ingen store systematiske forskjeller mellom dem som ikke har svart og dem som svarte. Det legges derfor til grunn for analysen at kommunene som svarte er representative for populasjonen av norske kommuner. Samtidig kan det tenkes at kommunene som svarte på undersøkelsene var spesielt interessert i folkehelsematikk på den ene eller den andre måten, mens de som ikke svarte, ikke hadde den samme interessen for spørsmålene. Når det gjelder analyseresultatene *ytre validitet*, må det vurderes om de kan generaliseres fra utvalg til populasjon. Siden frafallet i spørreundersøkelsene ikke er systematisk, vil frafallet ikke svekke den ytre validiteten (Lund, 2002, s. 136). Begrepsvaliditeten og den ytre validiteten forholder seg annerledes når det gjelder fokusgruppeintervjuene. Forfatterne av forskningsrapporten som intervjuene er samlet inn til, skriver at utvalget av kommuner er tilnærmet representativt for andre kommuner innenfor det aktuelle helseforetaket og fylket kommunene er trukket fra. Utvelgingen er strategisk, fordi de ønsket å undersøke kommuner som hadde erfaring med folkehelsearbeid, men de minste kommunene er ikke representert (Helgesen mfl., 2014, s. 115). På grunn av strategisk utvelging og manglende representasjon av små kommuner, kan dataene fra intervjuundersøkelsene ikke generaliseres til alle norske kommuner, slik som det statistiske datamaterialet kan. Dette skaper en utfordring for den ytre validiteten. *Intern validitet* dreier seg om mellomliggende og bakenforliggende variabler. En sikker metode for å sikre god

intern validitet, er å bruke en eksperimentell metode hvor man kan manipulere årsaksvariabelen. Jeg har ikke hatt mulighet til å utføre et eksperiment, så jeg har heller brukt kontrollvariabelmetoden som er nest beste alternativ. Kontrollvariabelmetoden går ut på å prøve å inkludere alle relevante variabler i forskningsdesignet. I analysen har jeg forsøkt å sikre god intern validitet, men man kan aldri være 100 prosent sikker på at man har kontrollert for alt man burde kontrollere for (Skog, 2010, s. 107).

5 Folkehelsearbeidet i kommunen

I det følgende kapittelet vil jeg beskrive endringene i kommunal prioritering av folkehelse fra 2011 til 2014. Først vil jeg gjennomgå grunnlaget for folkehelsearbeidet, nemlig kunnskapsoversikten som kommunene skal utarbeide. Deretter blir spørsmålet om reformen har endret fokus i folkehelsearbeidet behandlet, og det blir undersøkt hvor mange forebyggende tiltak kommunene i gjennomsnitt har utarbeidet. Deretter skifter fokus fra forebygging til helsefremming og det tverrsektorielle folkehelsearbeidet. Til slutt vil jeg diskutere hvilke deler av samhandlingsreformen som prioriteres mest, før jeg konkluderer med om prioriteringen er endret etter reformen. Jeg vil gjennomgående drøfte resultatene opp mot Kingdons agendasettingsmodell og de tre strømningene problemstrømmen, policystrømmen og politikkstrømmen. Funn fra fokusgruppeintervjuene vil bli brukt for å diskutere resultatene fra spørreundersøkelsene.

5.1 Grunnlaget for folkehelsearbeidet

Kommunene ble spurt om de har utarbeidet oversikt over helsetilstanden i kommunen. Oversikten over helsetilstanden i kommunen er grunnleggende for folkehelsearbeidet. Det er interessant å se om en større andel kommuner har skaffet seg oversikt siden 2011, da over 70 prosent av kommunene ikke hadde oversikt på tross av at oversiktsplikten har vært hjemlet i kommuneloven siden 1987 (Helgesen & Hofstad, 2012, s. 81). I fokusgruppeintervjuene forteller en ansatt i en kommune at de ønsker å få på plass en oversikt over helsetilstanden før de iverksetter folkehelseiltak:

Vi har satt i gang noen tiltak, men de ble satt i gang før oversikten, fordi vi følte at vi måtte komme i gang med noe. I utgangspunktet liker jeg å ha en oversikt først og sette i gang tiltak på bakgrunn av det, men vi begynte så vidt å sette inn tiltak.
(Intervju 9.1.14)

På spørsmål om hvilke råd de vil gi til andre kommuner i folkehelsearbeidet svarer den samme kommunen: «Begynne rolig og få oversikt, ikke tenke tiltak» og «ikke tenke tiltak før oversikten er på plass» (Intervju 9.1.14).

Tabell 5.1. Utarbeidet oversikt over helsetilstanden. Prosentandeler.

	2011	2014
Ja	18	38
Nei	71	11
Vi er i ferd med å starte opp dette arbeidet	*	48
Vet ikke	11	3
Sum	100	100
N =	296	276

For 2011: «Har kommunen utarbeidet oversikt over helsetilstanden og positive og negative påvirkningsfaktorer, jf. kommunehelsetjenesteloven § 1-4?». For 2014: «Har kommunen utarbeidet oversikt over helsetilstanden og positive og negative påvirkningsfaktorer i kommunen, jfr. Folkehelseloven § 5?»

*alternativet finnes ikke i undersøkelsen

Prosentandelen av kommuner som oppgir at de har utarbeidet oversikt har økt fra 18 til 38 prosent fra 2011 til 2014. Prosentandelen som har svart «nei» har minket fra 71 til 11 prosent. «Vet ikke» har minket fra 11 til 3. Hele 48 prosent av kommunene har svart «vi er i ferd med å starte opp dette arbeidet» i undersøkelsen fra 2014. N for spørsmålene er relativt lik. Vi er i ferd med-alternativet fantes ikke i 2011-undersøkelsen. Det kan diskuteres om en kommune er i ferd med å starte opp arbeidet når det kun er intensjonen om oppstart som er på plass, eller må arbeidet med å utarbeide oversikten være i gang? Kategorien inneholder mye informasjon som kunne vært nærmere undersøkt, og resultatene kan tolkes på minst to ulike måter. På den ene siden har flere kommuner enn før utarbeidet kunnskapsoversikten, og det er færre som ikke vet. Det er mange som svarer at de er i ferd med å starte opp arbeidet med kunnskapsoversikt. En annen tolkning er at færre kommuner enn før *ikke* har utarbeidet kunnskapsoversikt, men at mange av disse nå kan ha krysset av for at de er i ferd med å starte opp arbeidet, hvilket dermed fortsatt kan tolkes som «nei», bare at alternativet ikke fantes før. Å ville framstå litt «flinkere» enn det man er, er vanlig i spørreundersøkelser, og ligner på fenomenet «ja-siing». I følge Hellevik er fenomenet ja-siing når personer uten noen klar oppfatning likevel sier seg enig i en påstand. Lignende mekanisme kan oppstå når spørsmål omhandler en fremtidig hypotetisk situasjon (2002, s. 156). Hellevik påpeker at ja-siing, når man sier seg enig i påstander man ikke har en klar oppfatning om istedenfor å svare «vet ikke», forekommer i større grad når spørsmålene stilles av en intervjuer enn når respondentene selv fyller ut et spørreskjema (Hellevik, 2002, s. 158). Fenomenet omtales også mest i forbindelse med holdningsspørsmål. Det henvises til lovens paragraf i spørsmålsformuleringen, og respondentene kan ha tenkt at dette burde de ha vært i gang med,

og dermed kryssset av for «vi er i ferd med...». En annen tolkning er at mange kommuner faktisk er i ferd med å starte opp dette arbeidet.

5.1.1 Hvorfor er oversiktsarbeidet vanskelig?

Både Folkehelseloven og Helsedirektoratets veileder til oversiktsarbeidet er detaljerte for hvordan oversiktene skal være. Det er litt overraskende at det ikke er flere som har utarbeidet oversikt. Samtidig er økningen for kommuner som har svart ja på 20 prosentpoeng, og nesten 50 prosent av kommunene oppgir å være i ferd med å starte opp arbeidet i 2014. Lagt sammen er det 86 prosent som enten har laget oversikt eller er i ferd med å starte opp arbeidet. Det kan være flere årsaker til at ikke flere kommuner har svart ja på spørsmålet. En utfordring kan være det sektorovergripende ved at mange kommunale enheter skal inkluderes. Kanskje ledelsesansvaret er uklart, spesielt hvis kommunen ikke har folkehelsekoordinator eller hvis stillingsprosenten er lav. Jeg undersøker den bivariate sammenhengen mellom det å ha oversikt og det å ha folkehelsekoordinator ved hjelp av en krysstabell.

Tabell 5.2. Krysstabell mellom kommuner som har folkehelsekoordinator og har oversikt over helsetilstanden. Prosentandeler (absolutte tall i parentes).

		Har folkehelsekoordinator	
		Nei, vet ikke	Ja
Har oversikt over helsetilstanden	Ja	33 (13)	40 (91)
	Vi er i ferd...	44 (17)	51 (116)
	Nei	23 (9)	10 (22)
Sum = 100 %		(39)	(229)

Tabell 5.3. viser at 40 prosent av kommunene som har folkehelsekoordinator også har oversikt over helsetilstanden, mens blant de som ikke har folkehelsekoordinator er det 33 prosent som har oversikt over helsetilstanden. Det er altså en differanse på 7 prosentpoeng mellom kommunene som har folkehelsekoordinator og ikke, når det gjelder å ha oversikt. Mønsteret er det samme når man undersøker kommunene som er i ferd med å starte opp

oversiktsarbeidet. Også her er andelen som har folkehelsekoordinator 7 prosentpoeng høyere. Det er altså en svak tendens til at de som har folkehelsekoordinator har mer oversikt over helsetilstanden enn de som ikke har folkehelsekoordinator. Kanskje er det naturlig at oversiktsarbeidet ikke er fullstendig i gang, siden kravet om oversikt kun er én del av en stor reform hvor ikke alle delene av reformen kan iverksettes på en gang. Det kan også tenkes at mangelen på «ris bak speilet» hvis oversikten ikke utarbeides kan gjøre at andre deler av samhandlingsreformen og folkehelsearbeidet prioriteres først. På den annen side er informasjonen om hvordan oversiktsarbeidet skal iverksettes lett tilgjengelig på Helsedirektoratets hjemmesider, så det er overraskende at kun 38 prosent av kommunene svarer ja på spørsmålet om de har utarbeidet oversikt over helsetilstanden. Samtidig kan det at halvparten av kommunene svarer at de er i ferd med å starte arbeidet i 2014 tyde på at bevisstheten om oversiktsplikten er høy, og befinner seg dermed på første steg i agendasettingsskalaen som ble omtalt i teorikapittelet. I denne sammenheng kan intensjon om oppstart tolkes som en tidlig fase av prioritering. Oversiktsarbeidet skal bidra til at folkehelsearbeidet blir tverrsektorielt. Det at folkehelse ikke lenger kun er helseavdelingens ansvar, er noe av det nye med samhandlingsreformen. Derfor er det interessant å undersøke om samhandlingsreformen har endret vektleggingen i det kommunale folkehelsearbeidet.

5.2 Har reformen endret fokus i folkehelsearbeidet?

Spørsmålet om samhandlingsreformen har endret fokus i kommunalt folkehelsearbeid er et interessant utgangspunkt når endringer i prioriteringsmønstre skal presenteres. Tabellen nedenfor viser at hele 88 prosent av respondentene har svart at fokuset er endret, altså er ikke variasjonen på spørsmålet stor.

Tabell 5.3. Endret fokus i folkehelsearbeidet etter samhandlingsreformen. Prosentandeler.

Ja	88
Nei	7
Vet ikke	5
Sum	100
N =	301

Fra folkehelse 2014: «Mener du fokuset i kommunens folkehelsearbeid har endret seg etter Samhandlingsreformen trådte i kraft i januar 2012?»

Kommunene som svarte «ja» på spørsmålet fikk mulighet til å utdype svaret sitt med en kort tekst under spørsmålet «på hvilken måte?». 57 kommuner har gitt tekstsvar. Mange av kommunene har svart at de har ansatt folkehelsekoordinator, at de har inkludert folkehelse i kommuneplanen og at de har iverksatt forebyggende tiltak. Det overraskende i disse svarene er at svært mange kommuner oppgir at de jobber tverrsektorielt med folkehelse, slik formålet i folkehelseloven er. Folkehelseloven gir ansvaret for folkehelsearbeidet til kommunen som sådan, og ikke til helsetjenesten, slik det var før (Helsedirektoratet, 2013a, s. 8). Når loven har et tverrsektorielt siktemål, burde ikke en tverrsektoriell praksis være overraskende, men nettopp formaliseringen av det tverrsektorielle er noe av det helt nye i reformen. En kommune skriver at det er «større forståelse for at dette handler om mer enn bare helsevesenet. – Ledelsen (rådmannsnivå) har tatt ansvar for folkehelse ved å sette av ressurser og fokus til dette arbeidet». Dette viser en sektorovergripende tilnærming med høy prioritering på rådmannsnivå. Et annet svar gir ikke inntrykk av sektorovergripende folkehelsevirksomhet: «Kommunens planlegger har folkehelsefokus med seg i sitt arbeid. Vi har en frisklivskoordinator som jobber mye med temaet forebyggende helsearbeid. Også helsesøstre som har et godt samarbeid med barnehager og skoler». Denne kommunen oppgir å jobbe med folkehelse i flere sektorer, samtidig skriver de ikke at de har et overordnet tverrsektorielt forum hvor disse sektorene jobber sammen. Dette kan tolkes som to mulige forståelser av hva som kan ligge i begrepet sektorovergripende folkehelsearbeid. Enkelte kommuner har svart at de er usikre på om det endrede fokuset kan knyttes til samhandlingsreformen eller ikke, og at de begynte folkehelsearbeidet før reformen, blant annet gjennom Helse i plan. Økonomi er også et tema i svarene. Enkelte skriver at det er blitt mer synlig at forebygging lønner seg. «Ansvaret til kommunene er gjort tydeligere og vi ser konsekvenser – også økonomiske om vi ikke lykkes bedre enn tidligere», oppgir en respondent. En annen skriver at det er «mer midler til forebyggende arbeid». Dette svaret gir et annerledes bilde enn funnene til Abelsen mfl., der det ble uttrykt skuffelse over lite midler til folkehelsearbeid (2012, s. 3).

Det sektorovergripende folkehelsearbeidet kan forankres i kommuneplanleggingen. Det er mange kommuner som oppgir at fokuset er endret ved at folkehelse har blitt inkludert i planarbeidet. At folkehelsearbeidet skal være en oppgave for kommunen som helhet aktualiserer samfunnsplanlegging som arena for folkehelse, fordi det er i planleggingen ulike interesser avveies (Helgesen & Hofstad, 2012, s. 105). Svarmønstrene viser at endret fokus kan deles inn i kategoriene forebygging og helsefremming, slik disse begrepene ble definert

tidligere i oppgaven. Dette illustrerer en spenning mellom folkehelse med vekt på levevaner og folkehelse som et tverrsektorielt samfunnsproblem. En respondent skriver at fokus er endret til å bli «Mer overordnet og samfunnsrettet – et paradoks er at Helsedirektoratet fremdeles fokuserer mye på det helserettede folkehelsearbeidet på enkelttiltak rettet mot levevaner, fysisk aktivitet mm og vesentlig mindre på det brede samfunnsrettede». Respondenten oppfatter altså at Helsedirektoratets fokus er på forebygging fremfor helsefremming. I gjennomgangen av svarene på dette spørsmålet ser jeg en tendens til at mange kommuner hovedsakelig jobber med livsstilsendring og levevaner. Dette individrettede arbeidet er selvfølgelig også en stor del av folkehelsearbeidet. Samtidig er et av formålene med samhandlingsreformen å ha et folkehelsefokus i hele samfunnet og forebygge på lang sikt, ikke bare endre «livsstilsuvaner» som allerede har oppstått (f. eks. røyking, overvekt). Inntrykket fra disse svarene er at mange kommuner har et levevaneperspektiv på folkehelsearbeidet: «Det er fortsatt størst fokus på livsstilsendring når en snakker om tema. Etter hvert har det også blitt fokus på § 5 oversikt. Og planarbeid».

Samtidig kan det argumenteres for at reformen innføres gradvis, og at levevaner har fått mest oppmerksomhet i reformens første fase, fordi det er noe håndfast, og ikke folkehelse i en «wicked problem»-forstand. Levevane-delen av folkehelse er kanskje lettere å få på den kommunale agendaen og slik sett prioritere, ettersom livsstilsendringsskurs ikke nødvendigvis trenger å koste så mye penger, samtidig som man kan se resultater blant annet gjennom røykeslutt-statistikk. På tross av variasjon i svarene om at reformen har endret fokus, er den store andelen ja-svar et uttrykk for problemstrømmen i Kingdons strømningsmodell. I problemstrømmen blir problemer anerkjent og kan løftes høyere på dagsorden. Resultatet på spørsmålet om «endret fokus» viser at samhandlingsreformen som policyvindu har spilt en rolle i problemstrømmen, slik at folkehelse har kommet høyere på kommunal agenda i form av endret fokus.

5.3 Forebyggende tiltak i helsesektoren

Inntrykket så langt er altså at mange kommuner prioriterer forebyggende arbeid som livsstilsendring. I dette avsnittet skal jeg derfor undersøke hvor mange forebyggende tiltak kommunene har utviklet som en oppfølging av samhandlingsreformen.

Tabell 5.4. Andel kommuner som har utviklet forebyggende tiltak. Prosentandeler.

	Andel ja %
Forebygging av livsstilssykdommer (kosthold, fysisk aktivitet, tobakk, osv.)	74
Forebygging av fallulykker i hjemmet	40
Forebygging av trafikkfarlige situasjoner	18
Forebygging av psykiske lidelser	43
Annet	11
Ingen forebyggende tiltak er iverksatt	5
Vet ikke	4
N =	303

Fra folkehelse 2014: «Er konkrete forebyggende tiltak utviklet som en oppfølging av samhandlingsreformen? Her kan du sette flere kryss».

Prosentandelene summerer seg til mer enn 100, siden kommunene kunne krysse av for flere alternativer.

Også her ser man mønsteret om at det er forebygging av livsstilssykdommer som har flest avkryssninger, deretter kommer forebygging av psykiske lidelser og fallulykker i hjemmet. Det at nesten tre av fire kommuner har utviklet forebyggingstiltak mot livsstilssykdommer viser at denne kategorien er viktig i det kommunale forebyggingsarbeidet. I fokusgruppeintervjuene forteller en ansatt i en kommune at det så langt har vært et behandlingsfokus i samhandlingsreformen.

Vi fikk jo et ekstra fokus, tenker jeg, på folkehelse etter st.meld. 47, og folkehelseloven. Men jeg har jo det bildet så langt at når det gjelder samhandlingsreformen, så har det så langt vært et behandlingsfokus. Det har vært fokus på kommunal medfinansiering, og jeg tenker, når skal vi begynne å avhelsifisere Norge? Nå må vi begynne å få i gang jobbing og (...) mye større fokus i forhold til folkehelsearbeid. Så langt så opplever jeg vel at fokuset har ligget på helse, jeg da. (Intervju 16.12.2013)

I et annet fokusgruppeintervju diskuteres de eventuelle økonomiske fordelene ved forebyggende arbeid og en folkehelseøkonomitenkning. Samtidig blir konkurransen mellom saker på kommunal agenda tydelig.

Jeg tror alle vet det [om de økonomiske gevinstene av forebygging], men det er ingen som har politisk guts til å si at nå prioriterer vi ned behandling, som er motsatsen, for

bare forebygging, for det blir et vakuum. Så det der flytter seg veldig langsomt.
(Intervju 18.12.13)

Som nevnt i metodekapittelet har kommunene i gjennomsnitt utviklet to forebyggende tiltak som en oppfølging av samhandlingsreformen. I Kingdons modell er det i policystrømmen problemer blir undersøkt og det blir diskutert ulike forslag til løsninger. Det er bred enighet om de sykdomsforebyggende effektene av kosthold, fysisk aktivitet og tobakk. Denne enigheten blant dem som skal foreslå løsninger på et politisk problem, kan være en drivkraft i policystrømmen for å få folkehelse som forebygging av livsstilssykdommer høyere opp på den kommunale agendaen. Nesten 3 av 4 kommuner har utviklet tiltak for forebygging av livsstilssykdommer, så man kan tenke seg at forebygging av livsstilssykdommer kan ha kommet høyere opp på agendaen gjennom policystrømmen i noen kommuner.

5.4 Tverrsektorielt folkehelsearbeid

I et fokusgruppeintervju ble det spurt om folkehelselovens ikrafttredelse har hatt noen betydning når man skal argumentere for iverksettelse av folkehelse tiltak. En ansatt i en kommune forteller at lovens tverrsektorielle formål har hatt betydning:

Men jeg synes det er et veldig godt argument at det ikke er et helse- og omsorgsanliggende. Alene. Det er et kommuneanliggende. Og det bruker jeg i ganske mange sammenhenger.
(Intervju 8.1.14)

I det tverrsektorielle folkehelsearbeidet kan folkehelsekoordinatoren spille en viktig rolle, fordi vedkommende har en koordineringsfunksjon mellom enhetene. I 2011 oppga tre av fire kommuner at de hadde folkehelsekoordinator.

Tabell 5.5. Folkehelsekoordinator i kommunene. Prosentandeler.

	2011	2014
Ja	75	85
Nei	24	15
Vet ikke	2	0
Sum	100	100
N =	337	275

For begge undersøkelsene: «Har kommunen en folkehelsekoordinator?»

Det er færre som svarte «nei» på spørsmålet om de har folkehelsekoordinator, og ingen som svarte «vet ikke», mot 2 prosent i 2011. Det er litt overraskende at ikke flere har folkehelsekoordinator. I Kingdons strømningsmodell er policystrømmen der det diskuteres forslag til løsninger på problemer. I en agendasettingsforståelse kan folkehelsekoordinatoren være et steg på vei til en løsning på folkehelseproblemet i kommunene. Ved å ansette folkehelsekoordinator skal folkehelseutfordringene møtes og koordinatoren skal iverksette tiltak som løser problematikken. Ansettelse av folkehelsekoordinator er slik sett et uttrykk for prioritering av folkehelse. Samtidig er folkehelsekoordinatoren en viktig kunnskapsressurs for det tverrsektorielle arbeidet. Som en folkehelsekoordinator i fokusgruppeintervjuene forteller:

Jo og en blir jo en person som folk kommer til, fordi en faktisk sitter med kunnskap som sektorene trenger.
(Intervju 9.1.14)

I tillegg kan det tenkes at for å oppfylle koordineringsfunksjonen kan det være nødvendig med en høy stillingsprosent.

Tabell 5.6. Andel av folkehelsekoordinatorens tid som er satt av til folkehelsearbeid⁷. Prosentandeler.

	2011	2014
10-20 %	38	29
30-40 %	21	16
50-60 %	19	29
70-80 %	3	5
90-100 %	19	18
Annet	-	4
Sum	100	100
N =	252	233

For begge undersøkelsene: «Hvor stor andel av folkehelsekoordinatorens tid er satt av til å drive folkehelsearbeid?»

Det er kun de som svarte «ja» på om de har folkehelsekoordinator som fikk svare på dette spørsmålet. Endringene i andel tid satt av til folkehelsearbeid er ikke betydelige mellom 2011 og 2014. For de to laveste kategoriene, 10-20 % og 30-40 %, er prosentfordelingen noe lavere i 2014 enn i 2011. For kategoriene 50-60 % og 70-80 % er det en liten økning fra 2011 til 2014, mens det for 90-100 % er en liten nedgang. Frekvensfordelingene gir i det hele tatt ikke

⁷ Skalaen var utformet slik i spørreskjemaet. Intervallene mellom hver kategori mangler, for eksempel 20-30 %, 40-50 % osv.

noe entydig svar når man vil sammenligne 2011 og 2014, siden det er så liten forskjell i absolutte tall. I 2011-undersøkelsen er «annet»-alternativet et skrivefelt, og det er mange som har skrevet i dette feltet. Helgesen og Hofstad oppsummerer funnene på dette svaralternativet slik: «i feltet annet har 34 respondenter lagt inn kommentar. 17 av disse kommenterer at andelen som er satt av til folkehelsearbeid enten er uspesifisert eller på under ti prosent» (Helgesen & Hofstad, 2012, s. 65). Det er overraskende at det ikke er flere som har folkehelsekoordinator i full stilling i 2014. Endringene er små fra 2011, og det er bare i 18 prosent av kommunene at folkehelsekoordinatoren har 90-100 prosent av stillingen satt av til folkehelsearbeid. Etter en omkoding av variablene til middelveidene i prosentkategoriene, finner jeg gjennomsnittet på variablene for de to årene. Gjennomsnittlig andel tid i 2011 var 43,7 prosent. I 2014 var gjennomsnittlig andel tid 48 prosent. Det er altså en svak tendens til at folkehelsekoordinatorene har mer tid til folkehelsearbeid. En full stilling legger mer til rette for å fungere som en sektorovergripende koordinator hvor folkehelse integreres i hele kommunens virksomhet. I tillegg kan det tenkes at folkehelsekoordinatoren da i større grad kan fungere som en policy-entreprenør for å fremme agendasetting av folkehelse. Samtidig spiller administrativ forankring høyt oppe i kommunens styringskjede også en rolle.

I en undersøkelse av folkehelsearbeidet i forbindelse med Helse i plan og Partnerskap for folkehelse, kommer det fram at flere folkehelsekoordinatorer i kommunene (i 2008) opplever at jo høyere opp i hierarkiet folkehelsekoordinatorfunksjonen er plassert, desto større administrativt og politisk fokus får folkehelsearbeidet. I undersøkelsens sluttrapport, publisert i 2010, vises det til at mange opplever at kunnskapsnivået blant politikerne er lavt, noe som kan føre til beslutninger med kortsiktige perspektiver (Ouff mfl., 2010, s. 34).

Folkehelsekoordinatorene viser videre til at gjennomslagskraften øker jo nærmere rådmannsnivået man er, fordi en plassering i nærheten av rådmannen fører til legitimitet nedover i organisasjonen, i tillegg til at det gir folkehelsearbeidet en status (Ouff mfl., 2010, s. 53). Derfor vil jeg undersøke om folkehelsekoordinatorene i norske kommuner er organisert høyere opp i hierarkiet, altså nærmere rådmannen, etter iverksettelsen av samhandlingsreformen i 2012.

Tabell 5.7. Folkehelsekoordinatorens nærmeste leder. Prosentandeler.

	2011	2014
Rådmannen	29	27
Leder for kultur	11	10
Helsesjef/kommuneoverlege	44	36
Leder for oppvekst	5	2
Plansjef	4	7
Annet	9	18
Sum	100	100
N =	253	232

For begge undersøkelsene: «Hvem er folkehelsekoordinatorens nærmeste leder?»

Det er kun de som svarte «ja» på om de har folkehelsekoordinator som fikk svare på dette spørsmålet. Jeg har inkorporert «annet»-svaret for 2011 i tabellen ovenfor, og kodet om fra tekst til tallverdi. Andel kommuner hvor folkehelsekoordinatoren har helsesjef eller kommunelege som nærmeste leder har minnet fra 44 til 36, men det er fortsatt flest kommuner som oppgir dette svaralternativet. Det er en liten nedgang i andelen som har rådmannen som nærmeste leder, fra 29 til 27 prosent, men det er fortsatt en ganske stor andel. En nedgang finner vi også i andelen kommuner hvor folkehelsekoordinatorens nærmeste leder er leder for kultur eller oppvekst, mens det er en økning i kommuner hvor det er plansjefen som er folkehelsekoordinatorens nærmeste leder. Kommuner som oppgir «annet» i 2014 har en prosentandel på hele 18 prosent.

Rådmannen utarbeider forslag til budsjett (avhengig av budsjettorganisering) og gir innstilling til saker i kommunestyret. Organisering av folkehelsekoordinatoren nær rådmannen kan derfor påvirke prioritering ved hjelp av økte budsjettmidler til folkehelse og at folkehelsesaker tas opp i kommunestyret. Rådmannen er et bindeledd mellom politikk og administrasjon. Rådmannen kan slik spille en rolle for den politiske strømmingen i agendasettingsprosessen av folkehelse, og administrativ plassering av folkehelsekoordinatoren med rådmannen som nærmeste leder blir dermed et uttrykk for prioritering av folkehelse i policystrømningsmodellen. Slik kan folkehelsepolitikken få gjennomslag i mange av kommunens sektorer. I et av fokusgruppeintervjuene ble organisering av folkehelsekoordinatoren diskutert, og en ansatt i en kommune argumenterte for at administrativ plassering bør tilpasses til lokale forhold:

Når jeg snakker med andre folkehelsekoordinatorer så sier de at den bør være direkte under rådmannen. Det tror jeg nok er riktig. Men jeg synes det er vanskelig å si at man må det, fordi det handler jo mye om den arbeidsformen en greier å ha selv under lokale forhold, jeg vet jo bare positive folk i kommunen, så det med grenser mellom etater det tror jeg ikke er noe problem i seg selv.

(Intervju 18.12.13)

I et annet fokusgruppeintervju fortelles det om generelle koordineringsproblemer i en stor kommune.

... så er utfordringen at den ene hånden vet ikke hva den andre gjør. (...) Det at folk snakker sammen og får koordinert det og får det ut på systemnivå er jo en kjempeutfordring (...) så koordinering er, og samarbeid på tvers av enhetene i kommunen, jeg tror at det er lettere å få til internt i helse eller internt i oppvekst.

(Intervju 6.1.14).

Det argumenteres altså for at koordinering av folkehelsearbeidet er lettere å få til internt i kommunens sektorer enn mellom de ulike sektorene. En ansatt i den samme kommunen forklarer at et press ovenfra kunne gjort folkehelsearbeidet mer tverrsektorielt.

Men det som er veldig vanskelig med en så stor kommune er det som går på tvers av avdelingene, det blir litt prosjektorganisert eller privat organisert. Det er ikke noe som kommer ovenfra, for det er ikke noe ovenfra her.

(Intervju 6.1.14)

Dette kan tyde på at manglende vilje til prioritering hos politikerne kan gjøre organiseringen av folkehelsearbeidet prosjektorganisert og uoversiktlig, slik at det tverrsektorielle siktemålet ikke oppnås. I en tidlig fase av reformen har ikke folkehelsearbeidet en tverrsektoriell forankring som er tilstrekkelig sammenlignet med lovens ambisjoner. Et samfunnsfokus på folkehelse hvor flere sektorer involveres, kan også komme til uttrykk i utviklingen av helsefremmende tiltak. I folkehelse 2014 ble kommunene spurt om hvilke helsefremmende tiltak de har utviklet som en oppfølging av samhandlingsreformen. Tabellen nedenfor viser resultatene fra dette spørsmålet.

Tabell 5.8. Andel kommuner som har iverksatt helsefremmende tiltak. Prosentandeler.

	Andel ja %
Styrking av det tverrsektorielle folkehelsearbeidet	73
Styrking av kunnskapsgrunnlaget for folkehelsearbeidet	68
Integrering av folkehelse i kommuneplanleggingen	74
Utvikling av nye sosiale møteplasser i kommunene	34
Økt samarbeid med frivillige organisasjoner	49
Annet	7
Ingen helsefremmende tiltak er iverksatt	4
Vet ikke	2
N =	303

For folkehelse 2014: «Er konkrete helsefremmende tiltak utviklet som en oppfølging av samhandlingsreformen? Her kan du sette flere kryss».

Prosentandelene summerer seg til mer enn 100, siden kommunene kunne krysse av for flere alternativer.

I dette spørsmålet spørres det eksplisitt om tiltak som en oppfølging av samhandlingsreformen. Det er antageligvis mange som allerede har prioritert folkehelse høyt, for eksempel som en følge av prosjektet Helse i Plan. Disse kommunene vil kanskje ikke gjøre utslag på dette og andre spørsmål med formuleringen «som en oppfølging av samhandlingsreformen». Det er altså en mulighet for at det er en større andel kommuner som jobber godt med folkehelse enn det som kommer fram her. I tabell 5.9. kan man se at 73 prosent av kommunene har styrket det tverrsektorielle folkehelsearbeidet. Det er 74 prosent av kommunene som har krysset av for at de har integrert folkehelse i kommuneplanleggingen. Dette sammenfaller også med resultatene fra hvordan reformen har endret fokus i folkehelsearbeidet. Færre kommuner har krysset av for økt samarbeid med frivillige organisasjoner og utvikling av nye sosiale møteplasser. Nesten 70 prosent oppgir at de har styrket kunnskapsgrunnlaget. Ut fra indeksen jeg konstruerte på spørsmålet, finner jeg at gjennomsnittet for helsefremmende tiltak er 3. Kommunene har i gjennomsnitt krysset av for 3 helsefremmende tiltak, som kan tolkes som middels på en skala fra 0 til 5. I fokusgruppeintervjuene forklarer en respondent fra en kommune hvorfor de ønsker å satse på brede, helsefremmende tiltak:

Ja vi tenker tiltak mot, store befolkningsrettede tiltak. I utgangspunktet. Det er derfor vi ikke har startet så veldig mange spissede tiltak, fordi vi ønsket å se hvor problematikken lå og da legge store tiltak som kan favne flere.
(Intervju 9.1.14)

Det er interessant at denne kommunen ønsker å ta utgangspunkt i universelle folkehelseiltak for befolkningen for å kartlegge folkehelseproblemene. Dette gir et motsatt inntrykk av flere andre kommuner i intervjumaterialet, som har fokusert på å iverksette konkrete folkehelseiltak i en tidlig fase, og som deretter diskuterer hvordan de kan løfte folkehelsearbeidet opp på et samfunnsnivå. En annen kommune illustrerer relasjonen mellom konkrete tiltak på den ene siden og langsiktig folkehelsearbeid forankret i kommuneplanen på den andre siden:

Så jeg skjønner at på den ene siden sitter politikerne der og sier at «er det ikke bare å sette i gang noen tiltak?» Men på den andre siden har du fått noen føringer som sier, nei du skal jobbe i planverk, du skal jobbe systematisk, du skal jobbe sånn og sånn, og det er klart at man kan kjenne at man kan drukne i det, uten at det faktisk blir noe ute i befolkningen. Så jeg synes det her er interessante diskusjoner.
(Intervju 16.12.2013)

Her kommer spenningen mellom forebygging og helsefremming igjen til syne. I forlengelsen av denne spenningen er det interessant å diskutere om prioritering av forebygging fører til prioritering av helsefremming og omvendt.

5.5 Spillovervindu i samhandlingsreformen

Samhandlingsreformen er en sammensatt og omfattende reform. Tabellen nedenfor viser en rekke nye tilbud som kommunene har utviklet som en oppfølging av samhandlingsreformen. Kommunenes fordeling på spørsmålet om de har utviklet disse tjenestetilbudene er interessant, fordi de ulike delene av denne sammensatte reformen kan være både drivkrefter og hindringer i agendasettingsprosessen. En drivkraft kan være at oppmerksomhet om reformen som helhet forventes å fremme agendasetting av reformens deler. En hindring kan være at de ulike samhandlingsreform-tiltakene kan utkonkurrere hverandre i kampen om dagsorden og prioritering.

Tabell 5.9. Andel kommuner som har utviklet nye tjenestetilbud. Prosentandeler.

	Andel ja %
Etablering av øyeblikkelig hjelp-tilbud	51
Etablering av eller styrking av frisklivssentral	58
Etablering av rehabiliteringstilbud	34
Styrket hjemmetjenesten	37
Styrket institusjonstilbud	28
Etablering av lokalmedisinske sentra	21
Annet	8
Ingen nye tjenestetilbud har blitt utviklet	6
Vet ikke	4
N =	303

For folkehelse 2014: «Er nye tjenestetilbud utviklet som en oppfølging av samhandlingsreformen? Her kan du sette flere kryss».

Prosentandelene summerer seg til mer enn 100, siden kommunene kunne krysse av for flere alternativer.

Mange av kommunene har krysset av for frisklivssentral og øyeblikkelig hjelp-tilbud, og kommunene har i gjennomsnitt krysset av for to nye tjenestetilbud. Indeksen for nye tjenestetilbud korrelerer moderat med indeksen for helsefremmende tiltak (korrelasjon .442) og forebyggende tiltak (.499). Indeksene for helsefremmende tiltak og forebyggende tiltak korrelerer for øvrig .555 med hverandre. Det er ikke overraskende at mange kommuner har frisklivssentral eller øyeblikkelig hjelp-tilbud. Frisklivssentralene er et tjenestetilbud hvor man kan få hjelp til blant annet livsstilsendring, røykeslutt, kostholdskurs og fysisk aktivitet. Oppslutningen om frisklivssentraler stemmer overens med forventningen om at det er levevaner som har fått mest oppmerksomhet i samhandlingsreformens folkehelsearbeid så langt. Halvparten av kommunene har krysset av for øyeblikkelig hjelp-tilbud. Det er interessant, fordi dette er et tjenestetilbud det har fulgt med øremerkede midler til. Tilbudet fullfinansieres – halvparten av midlene kommer som overføringer fra de regionale helseforetakenes basisbevilgninger, mens den andre halvparten kommer som øremerkede midler fra Helsedirektoratet. Samtidig er ikke 50 prosent av kommunene overveldende mange, men tilbudet skal innføres gradvis mellom 2012 og 2015. Øyeblikkelig hjelp døgntilbud blir ikke en plikt før i 2015 (Helsedirektoratet, 2012). Det er ikke overraskende at over halvparten av kommunene har dette tilbudet, fordi det kan forventes at prioritering følger øremerkede penger. Spørsmålet om nye tjenestetilbud er i første omgang interessant for å

kartlegge hva kommunene faktisk gjør. Samtidig kan det tenkes at utviklingen av nye tjenestetilbud kan fungere som et spillovervindu i noen kommuner. Et spillovervindu oppstår når et policyvindu i et saksfelt åpnes, og øker sannsynligheten for at et policyvindu i et lignende saksfelt åpnes (Kingdon, 1984, s. 200). Man kan anta at utvikling av andre tjenestetilbud i samhandlingsreformen kan fungere som spillover til prioritering av folkehelse. Derfor vil jeg sjekke om kommuner som prioriterer disse tjenestetilbudene i tillegg prioriterer folkehelse. Slik kan samhandlingsreformen som et positivt spillovervindu gjøre at noen kommuner prioriterer samhandlingsreformen som helhet, både tjenestetilbud som omhandler utskrivningsklare pasienter, i tillegg til rene folkehelseiltak. På den annen side kan det antas at kommuner som er gode på de delene av samhandlingsreformen som presenteres i spørsmålet om nye tjenestetilbud, ikke prioriterer folkehelse i like stor grad. Om utviklingen av nye tjenestetilbud kan karakteriseres som et spillovervindu vil jeg undersøke til slutt i regresjonsanalysen.

5.6 Er prioritering av folkehelse endret etter reformen?

Gjennomgangen av frekvensfordelingene viser at det er en viss endring i prioritering fra 2011 til 2014. For å gjøre sammenligningen mer oversiktlig har jeg opprettet to indekser, en for 2011 og en for 2014. Variablene som inngår i indeksen er om kommunene har oversikt over helsetilstanden, om de har folkehelsekoordinator, hvor stor andel av folkehelsekoordinatorens tid som er satt av til å drive folkehelsearbeid, og hvem som er folkehelsekoordinatorens nærmeste leder. Jeg bruker gjennomsnittsscorene for de to indeksene som et mål på gjennomsnittlig prioritering av folkehelse i kommunene. Gjennomsnittlig prioritering i 2011 var 1,88 på en skala fra 0 til 4. For 2014 var gjennomsnittet 2,18 på en skala fra 0 til 4. Gjennomsnittlig prioritering av folkehelsearbeid har dermed økt når man ser på kommunenes fordeling på de to indeksene. Forskjellen er på 0,3 skalaenheter og er relativt liten, men dette resultatet må ses i lys av at det har gått relativt kort tid mellom de to undersøkelsene. Gjennomgangen av kommunenes svar på spørreundersøkelsene støtter at kommunene prioriterer folkehelsearbeidet mer i 2014 enn i 2011, og tendensene som viser seg i disse spørsmålene vil nå oppsummeres kort. 38 prosent av kommunene har utarbeidet oversikt over helsetilstanden i 2014, som er en økning på 20 prosentpoeng fra 2011. Hele 48 prosent av kommunene oppgir imidlertid at de er i ferd med å starte opp oversiktsarbeidet, og denne

kategorien har som nevnt flere tolkningsmuligheter. Hovedinntrykket er imidlertid at flere kommuner har fått oversikt over helsetilstanden i kommunen. En bivariat analyse viste at folkehelsekoordinatoren har en relativt beskjeden pådriverrolle som policyentreprenør for å få i gang oversiktsarbeidet. Et klart flertall av kommunene oppga at samhandlingsreformen har endret fokus i folkehelsearbeidet. Noen kommuner svarer at fokus er endret med et skifte til et mer tverrsektorielt perspektiv, at folkehelsearbeidet har blitt mer integrert i planarbeidet, men at levevaner vektlegges mer enn helsefremmende tiltak. På den annen side oppgir nesten 3 av 4 kommuner at de har utviklet helsefremmende tiltak som en oppfølging av samhandlingsreformen, gjennom blant annet å styrke det tverrsektorielle folkehelsearbeidet og å integrere folkehelse i kommuneplanleggingen. At samhandlingsreformens har endret fokus i folkehelsearbeidet kan forstås som et policyvindu i problemstrømmen for å få økt oppmerksomhet om folkehelse og få saken høyere på kommunal agenda. Samtidig kan den brede enigheten om fordelene med å forebygge livsstilssykdommer være en drivkraft i policystrømmen for agendasetting av folkehelse. Når det gjelder hvor mange kommuner som har folkehelsekoordinator, er økningen fra 2011 til 2014 på beskjedne 10 prosentpoeng, og 85 prosent av kommunene oppgir å ha folkehelsekoordinator i 2014. Det er en svak tendens til at folkehelsekoordinatorene har mer tid satt av til folkehelsearbeid, men fortsatt har snaut 1 av 5 kommuner folkehelsekoordinator i 90-100 prosents stilling. Folkehelsekoordinatoren er fortsatt oftest administrativ organisert i kommunens helsesektor. Mange kommuner oppgir å ha utviklet nye tjenestetilbud som en oppfølging av samhandlingsreformen.

Det var forventet at det skulle være en økning i generell prioritering av folkehelse, men økningen var mindre enn forventet. At endringen er så beskjeden er i tråd med forventningene om at samhandlingsreformens virkemidler for kommunalt folkehelsearbeid er for svake til at kommunene skal ha endret sine prioriteringer mer enn de har. Mangel på øremerkede midler til folkehelsearbeid og folkehelsematikkens kompleksitet og resultater som ligger langt frem i tid, kan gjøre at folkehelse som sak kommer i bakgrunnen i kommunale agendasettingsprosesser. Denne første gjennomgangen av resultatene viser at prioriteringen av folkehelsearbeid varierer, så det er interessant å undersøke videre hvilke kjennetegn ved kommunene som kan forklare deres prioritering av folkehelsearbeidet i en tidlig fase av samhandlingsreformen. Det er formålet med den følgende regresjonsanalysen.

6 Regresjonsanalyser

Spørsmålet som nå skal undersøkes er hva som kan forklare kommunenes prioritering av folkehelse. Undersøkelsene så langt i oppgaven har vist at det er en viss økning i prioriteringen. Med utgangspunkt i dette funnet er det interessant å undersøke om det er visse kjennetegn ved kommunene som kan forklare at noen kommuner prioriterer folkehelse mer enn andre. Dette forholdet vil undersøkes ved hjelp av en multivariat, sekvensiell regresjonsanalyse ved bruk av minste kvadratsums metode (OLS-regresjon). Valg av analysemodell ble begrunnet i metodekapittelet. I det følgende kapittelet følger resultater fra regresjonsanalysen, med noen tolkninger underveis. Før regresjonsanalysen gjennomføres gis en oppsummering av hypotesene som ble drøftet i oppgavens teorikapittel. For det første forventes det at jo høyere innbyggertall kommunene har, desto mer vil de prioritere folkehelse. Selv om det kan forventes en større kamp om dagsorden i store kommuner, vil store fagmiljøer og en stor befolkning kunne føre til sterkere prioritering av folkehelse i store enn i små kommuner. I forlengelsen av dette forventes mer sentrale kommuner å prioritere folkehelse høyere enn de perifere. Når det gjelder kommunal organisering, forventes det at kommuner med hierarkisk ledelse i trenivåmodell prioriterer det sektorovergripende folkehelseproblemet høyere enn kommuner med tonivåmodell. En sentralisert administrativ organisering av budsjettprosessen (ovenfra-ned-prosess) forventes å gjøre prioritering av folkehelse til et perspektiv for hele kommunen, sammenlignet med en fragmentert budsjettprosess (nedenfra-opp-prosess). Det forventes videre at kommunenes økonomi kan påvirke prioritering av folkehelse. Den siste hypotesen er at de ideologiske mønstrene på sentralt nivå også vil gjøre seg gjeldende på lokalt nivå gjennom en forventning om at kommuner der ordføreren kommer fra et rødgrønt parti vil prioritere folkehelse mer enn kommuner der ordføreren kommer fra et ikke-rødgrønt parti. Hypotesene kan oppsummeres slik:

H1: Jo høyere innbyggertall kommunene har, desto mer vil de prioritere folkehelse

H2: Sentrale kommuner vil prioritere folkehelse mer enn perifere kommuner

H3: Kommuner med trenivåmodell vil prioritere folkehelse mer enn de med tonivåmodell

H4: Kommuner med sentralisert administrativ budsjettprosess forventes å prioritere folkehelse mer enn kommuner med en fragmentert budsjettprosess

H5: Jo bedre økonomi i kommunen, desto mer vil de prioritere folkehelse

H6: Kommuner med rødgrønn ordfører vil prioritere folkehelse mer enn kommuner med ordfører fra et annet parti

6.1 Forutsetninger for regresjonsanalyse

Når man skal foreta en OLS-regresjon, må fem forutsetninger være oppfylt. For det første skal det være en lineær sammenheng mellom variablene. For det andre må restleddvariasjonene være homoskedastiske. Restleddvariasjonene er de uforklarte variasjonene i den avhengige variabelen. Homoskedastiske restleddvariasjoner betyr at variasjonene rundt regresjonslinjen skal være like store overalt, altså for alle verdier av den uavhengige variabelen. Hvis det motsatte, heteroskedastisitet, er tilfelle, vil standardfeilen til parameterestimatene bli gal, slik at man vil få et uriktig bilde av hvor nøyaktige parameterestimatene er. For det tredje må restleddene være normalfordelt. Restleddet er avviket mellom faktisk verdi og forventet verdi for den avhengige variabelen for hver observasjonsenhet. Hvis man tegner statistisk fordeling av disse variablene, så skal resultatet bli til en normalfordeling. Gjennomsnittet i denne fordelingen vil være lik null. Den fjerde forutsetningen er at restleddene skal være uavhengige av hverandre, det vil si at man ikke ut fra en gitt observasjons plassering på regresjonslinjen kan gjette seg til hvordan andre observasjoner er fordelt i forhold til regresjonslinjen. Forutsetningen om at restleddene er uavhengige av hverandre er automatisk oppfylt i utvalgsundersøkelser (Skog, 2010, s. 250). Den femte og siste forutsetningen er at den uavhengige variabelen og restleddet skal være ukorrelert med hverandre (Skog, 2010, s. 237, 246–247). Sistnevnte forutsetning betyr at det ikke skal finnes bakenforliggende årsaksfaktorer til avhengig variabel som er korrelert med de uavhengige variablene. Dette er et substansielt problem som kan bidra til spuriøs sammenheng. Problemet er ikke at man mangler en årsaksfaktor i modellen, for det vil man alltid gjøre. Problemet er imidlertid at man mangler en årsaksfaktor som i tillegg samvarierer negativt eller positivt med uavhengig variabel (Skog, 2010, s. 253). Man kan imidlertid aldri vite om denne forutsetningen er fullstendig oppfylt, men dette er forsøkt tatt hånd om på best mulig måte i oppgavens teoridel ved å finne fram til de relevante kontrollvariablene.

6.2 Behandling av missing

I den første regresjonsanalysen er indeks for prioritering, `index_prio2014`, avhengig variabel. Indeksen er konstruert på spørsmålene om kommunene har oversikt over helsetilstanden, om de har folkehelsekoordinator, hvor stor andel til folkehelsekoordinatoren har til folkehelsearbeid og hvem som er folkehelsekoordinatorens nærmeste leder. For de uavhengige variablene er det grunn til å forvente at enkelte bakgrunnsvariabler er

grunnleggende for alle kommuner, mens kommunenes organisering, økonomi og politikk ligger senere i påvirkningskjeden. Derfor legges variablene inn i analysen på følgende måte:

Tabell 6.1. Variabelrekkefølge i sekvensiell regresjonsanalyse.

Blokk 1 Bakenforliggende variabler	Blokk 2 Kommunal organisering	Blokk 3 Økonomi og politikk
Kommunestørrelse Sentralitet	Tonivåmodell Budsjettprosessen	Kommuneøkonomi Politisk farge

Jeg opprettet dummyvariabler for budsjettprosessen, og bestemmer at en fragmentert budsjettprosess skal være referansegruppen som resultatene skal sammenlignes med. Denne variabelen utelates dermed fra regresjonsanalysen, og jeg inkluderer variablene sentralisert administrativ og sentralisert politisk budsjettprosess. I alle de følgende regresjonsanalysene har jeg behandlet missing som «replace with mean». Det finnes flere måter å behandle missing på. I *listwise exclusion* inkluderes enheter i analysen bare hvis de har gyldig verdi på alle variablene som inngår i analysen. Dermed utelates en enhet hvis de mangler opplysning på en enkelt variabel. Ulempen er at utvalget kan bli ikke-representativt og unødvendig begrenset. Alternativet *Pairwise exclusion* utelater enheter med missing verdi på en variabel bare fra beregninger der variabelen inngår, men enheten vil bli inkludert i analyser hvor den har den nødvendige informasjonen. En ulempe med denne måten er at resultatene kan bli inkonsistente fordi deler av analysen utføres på til dels forskjellige enheter. Pallant anbefaler å behandle missing som *pairwise exclusion* med mindre man har gode grunner for ikke å velge dette alternativet (2010, s. 58). *Replace with mean* gjør at enheter med manglende opplysninger tildeles gjennomsnittet som andre enheter har på variabelen. Da har variabelen samme gjennomsnitt, men standardavviket og standardfeilen reduseres. I en sannsynlighetsfordeling er standardfeilen $SE(p)$ et mål på spredning i fordelingen, og indikerer hvor mye estimatet (i sannsynlighetsfordelingen) kan komme til å avvike fra den korrekte parameterverdien (i populasjonen) (Skog, 2010, s. 135). En ulempe når standardfeilen reduseres, er at det blir lettere å påvise signifikante koeffisienter og resultatene fremstår som mer nøyaktige enn de egentlig er (Christophersen, 2009, s. 164; Pallant, 2010, s. 58). I denne analysen har jeg likevel valgt *replace with mean*. Grunnen er at datamaterialet i analysen kommer fra flere datasett, så det er flere kilder til frafall. Når datasettene legges sammen, kumuleres problemstillingen om frafall, eller behandling av missing. Ved å bruke *listwise* får man hele den kumulative effekten av missingproblematikken og utvalget begrenses betydelig. *Replace with mean* reduserer problemene knyttet til missing som oppstår

ved bruk av flere datasett, samtidig som fordelingsmønstrene på variablene ikke endres og gjennomsnittet beholdes. Så lenge man er oppmerksom på mulig reduksjon av standardavvik og standardfeil, er det ikke problematisk å velge denne måten å behandle missing på. Jeg har undersøkt forskjellen mellom å bruke *replace with mean* og *pairwise* i regresjonsanalysene, og de samme variablene blir signifikante i begge analysene.

6.3 Er forutsetningene for regresjonsanalyse oppfylt?

Forutsetningene for regresjonsanalyse påvirker både signifikanstesting og hvordan resultatene skal tolkes, så jeg vil undersøke om en lineær modell er egnet til å studere forholdet mellom variablene i denne studien (Christophersen, 2009, s. 157). Det vises til noen figurer i dette avsnittet som er presentert i vedlegg 2. Når det gjelder homoskedastisetsforutsetningen og forutsetning om en lineær sammenheng mellom variablene, indikerer figur 2.1. i vedlegg 2 at avhengig variabel har relativt få og diskrete verdier, at residualene ligger i intervallet mellom -3 til 3 standardavvik omkring 0, og at spredningen er noe mindre for lave predikerte verdier enn for høye. Forutsetningen betraktes som oppfylt. Det er heller ingen enheter som avviker mer enn ± 3 standardavvik fra gjennomsnittlig residualfordeling, altså ingen uteliggende enheter. Mahalanobis distance identifiserer enheter med avvikende verdi på en uavhengig variabel, og indikerer at en enhet bør utelates på grunn av svært høy verdi (verdi 73) på Mahalanobis distance (Christophersen, 2009, s. 163). Jeg utelater den avvikende kommunen som har verdien 73 på Mahalanobis distance, og dette gjøres også i de andre regresjonsanalysene, siden resultatene var de samme der. Cook's distance viser ingen enheter som bør vurderes, mens centered leverage value viser at minst en enhet kan avvike. Histogrammet for standardiserte residualer i vedlegg 2.2. indikerer noen avvik fra normalfordeling. Derfor må residualvariabelens skjevhet og kurtose undersøkes (Christophersen, 2009, s. 159). Skjevhet forteller om hvor symmetrisk fordelingen er, mens kurtose gir informasjon om hvor «spiss» fordelingen er. En perfekt normalfordeling vil altså gi skjevhet- og kurtoseverdi 0, men det forekommer sjelden i samfunnsvitenskap, i følge Pallant (2010, s. 57). Skjevhetsverdi på .267 for indeksen indikerer positiv skjevhet. Kurtoseverdien på -.485 indikerer en relativ flat fordeling. Men med store utvalg (over 200 enheter), vil ikke skjevhet og kurtose påvirke analysen i betydelig grad (Pallant, 2010, s. 57). Kumulativt sannsynlighetsplot i vedlegg 2.3. viser noen punkter i bue over og under linjen, og

indikerer at fordelingen kan være skjev. Men avvikene er små og anses ikke som noe problem for analysen. Forutsetningene om homoskedastiske og normalfordelte restledd anses altså som oppfylt. Jeg undersøker kolinearitet og multikolinearitet, som påvirker standardfeilen til regresjonskoeffisientene. Kolinearitet betyr at to uavhengige variabler korrelerer. Ingen av de uavhengige variablene i undersøkelsen har problematiske bivariate korrelasjoner.

Multikolinearitet betyr at en uavhengig variabel korrelerer med en lineær kombinasjon av to eller flere av de andre uavhengige variablene. Koeffisientene toleranse og variansinflasjon (VIF) indikerer ingen tendens til multikolinearitet (Christophersen, 2009, s. 161). Samlet sett anses forutsetningene for regresjonsanalysen som oppfylt.

6.4 Hva forklarer variasjonen i prioritet?

I de følgende regresjonsanalysene rapporteres den ustandardiserte koeffisienten (b), standardfeilen til estimatet (SE(b)), og de standardiserte koeffisientene (beta). Definisjonen av standardfeilen er allerede nevnt, og definisjoner av ustandardiserte og standardiserte koeffisienter gis i forbindelse med tolkningen av koeffisientene.

Tabell 6.2. Sekvensiell regresjonsanalyse med indeks for prioritet som avhengig variabel.

Uavhengige variabler	Modell 1			Modell 2			Modell 3		
	b	SE(b)	Beta	b	SE(b)	Beta	b	SE(b)	Beta
Konstant	.797	.330		.538	.356		.642	.370	
Innbyggertall	.177***	.041	.289	.171***	.041	.279	.164***	.042	.268
Sentralitet	-.263**	.097	-.182	-.265**	.097	-.184	-.286**	.099	-.199
Tonivåmodell				.004	.100	.002	.019	.101	.011
Sentralisert adm. budsjettprosess				.343*	.170	.196	.359*	.171	.205
Sentralisert politisk budsjettprosess				.325	.186	.169	.346	.187	.205
Driftsresultat per innbygger							-.009	.015	-.038
Rødgrønn ordfører							-.072	.084	-.050
r ²		.059			.072			.075	

Signifikansnivå: * p < 0.05, ** p < 0.01, *** p < 0.001

Fragmentert budsjettprosess er referansekategori.

Som vist i tabell 6.1., ble de uavhengige variablene lagt inn blokkvis i regresjonsanalysen. Fordelen med en sekvensiell eller hierarkisk regresjonsanalyse er at man enkelt kan se hvordan nye variabler endrer effektene til variabler som allerede inngår i regresjonsmodellen,

og hvordan nye variabler øker den predikerte, statistiske forklarte variansen (r^2) til avhengig variabel. Hvis man har et lite utvalg, anbefales det å rapportere justert r^2 (Christophersen, 2009, s. 141, 149; Pallant, 2010, s. 161). Siden utvalget i denne undersøkelsen er over 300 respondenter, anser jeg det ikke som et lite utvalg. Det er viktig å være oppmerksom på at forklart varians (r^2) ikke betyr at det er påvist en kausalrelasjon, men at en modell som forklarer det slik, passer med data (Lund, 2002, s. 270). Tabell 6.2. viser at predikert varians øker gradvis etter hvert som flere forklaringsvariabler legges til. I følge Midtbø vil r^2 aldri avta når en ny forklaringsvariabel legges til modellen, den vil derimot ofte øke (2007, s. 104). I modell 1 er innbyggertall og sentralitet uavhengige variabler og svarer for 5,9 prosent av variansen til prioritet. Bidraget er signifikant med et signifikansnivå på 0,1 prosent ($p < .01$), altså gir variablene et statistisk signifikant unikt bidrag til å predikere den avhengige variabelen. Det er en stor økning i forklaringskraft mellom modell 1 og modell 2. I modell 2 svarer innbyggertall, sentralitet, tonivåmodell og budsjettprosessen for 7,2 prosent av variansen til prioritet. Tonivåmodell og budsjettprosess svarer for et tillegg på 1,3 prosent av variansen til prioritet, men bidraget er ikke signifikant. Forskjellen fra modell 2 til modell 3 er beskjeden. Innbyggertall, sentralitet, tonivåmodell, budsjettprosessen, kommuneøkonomi og politisk farge er uavhengige variabler og svarer for 7,5 prosent av variansen til prioritet. Kommuneøkonomi og politisk farge svarer for et tillegg på omtrent 0,4 prosent av variansen til prioritet, men bidraget er ikke signifikant.

6.4.1 Forklaringsvariablenes påvirkning på prioritet av folkehelse

I de følgende avsnittene vil jeg tolke de enkelte regresjonskoeffisientene i tabell 6.2. Konstantleddet i tabellen er forventet verdi på avhengig variabel når de uavhengige variablene er lik 0. Matematisk er konstantleddet det punktet der regresjonslinjen skjærer y-aksen. Hvis 0 er en verdi som er utenfor verdiområdet til en av de uavhengige variablene, kan ikke konstantleddet tolkes substansielt. 0 er ikke i verdiområdet til variabelen til innbyggertall. Da kan ikke konstantleddet tolkes substansielt. Den ustandardiserte regresjonskoeffisienten (b) er forventet forskjell på avhengig variabel hvis forskjellen på en uavhengig variabel er en skalaenhet og de andre variablene holdes konstant (Christophersen, 2009, s. 144).

Tolkning av regresjonskoeffisientene i modell 1 begynner med koeffisienten til folketallsvariabelen, som er logaritmisk omkodet for å unngå ekstreme uteliggere. Når den uavhengige variabelen, men ikke den avhengige variabelen er omkodet til logaritme, tolkes

regresjonskoeffisienten til den uavhengige variabelen som forskjellen i avhengig variabel når uavhengig variabel øker med 1 prosent (Stock & Watson, 2007, s. 269–270). En prosents forskjell i folketall tilsvarer en forventet forskjell på .177 i prioritering, forutsatt at sentralitet holdes konstant. Regresjonskoeffisienten er signifikant ($p < 0.001$). En skalaenhets endring i sentralitet tilsvarer en forventet forskjell på -.263 i prioritet, når folketall holdes konstant. Koeffisienten til sentralitet er også signifikant ($p < 0.01$). I følge modell 1 forventes det altså at høyere innbyggertall, men mindre grad av sentralitet vil ha en innvirkning på prioritering av folkehelse i kommunene. H1 om at jo høyere innbyggertall kommunen har, desto mer vil de prioritere folkehelse, kan bekreftes. Det var litt overraskende at sentralitetsvariabelen ble negativ og gikk i motsatt retning av folketall⁸. Dette strider mot hypotese H2 om at sentrale kommuner vil prioritere folkehelse mer enn usentrale kommuner. Sentralitetsvariabelen korrelerer moderat med folketall, Pearsons r er .549 og er signifikant på .01-nivå. Man må også være oppmerksom på operasjonaliseringen av sentralitetsvariabelen, fordi det hos for eksempel de minst sentrale kommunene både er lavt folketall og lang reisetid til et tettsted av en viss størrelse som utgjør operasjonaliseringen⁹. I modell 1 forventes det altså at høyere innbyggertall og mindre sentrale kommuner tilsvarer en forventet økning i prioritering av folkehelse. Sammenhengen mellom folketall og prioritering kan tolkes i et wicked problem-perspektiv hvor det forventes at et samfunnsproblems kompleksitet har betydning for problemløsningen. Man kan anta at større kommuner har en mer sammensatt befolkningsstruktur som kan føre til en mer kompleks folkehelseproblematikk. En slik forståelse av folkehelseproblemet kan bidra til agendasetting og prioritering av folkehelse i kommuner med mange innbyggere. Det er flere mulige tolkninger av den negative sammenhengen mellom sentralitet og prioritering, men en nærliggende forståelse er at usentrale kommuner kanskje ikke har prioritert folkehelse så mye før reformen kom, på grunn av lang reisevei for innbyggerne til kommunesenteret eller et tettsted med folkehelsetilbud.

I modell 2 er regresjonskoeffisientene til folketall og sentralitet også signifikante, men i tillegg er koeffisienten til sentralisert administrativ budsjettprosess også signifikant ($p < 0.05$).

⁸ Jeg har sjekket at kodingen av sentralitetsvariabelen er korrekt.

⁹ Jeg opprettet også dummyvariabler av sentralitetsvariabelen for å få et mer nyansert bilde av betydningen til de ulike kategoriene. Minst sentrale kommuner er referansegruppe. For komplett regresjonsmodell, se vedlegg 3.1. Sammenlignet med minst sentrale kommuner, indikerer koeffisienten til mindre sentrale kommuner at forventet prioritet er .220 skalaenheter høyere. Sammenlignet med minst sentrale kommuner, er forventet prioritet lavere for noe sentrale kommuner og sentrale kommuner. Ingen av koeffisientene er signifikante. Det ser ikke ut til å være noe galt med resultatene fra den opprinnelige regresjonsanalysen der sammenhengen mellom sentralitet og prioritet er negativ.

Denne koeffisienten er en dummyvariabel og tolkes derfor som at kommuner med sentralisert administrativ prosess forventes å ha .343 skalaenheter mer prioritering av folkehelse enn kommuner med referansekategori fragmentert prosess, når de andre uavhengige variablene holdes konstant. Budsjettprosessen kan være en god anledning til å få folkehelse på den kommunale dagsorden. Man kan følge budsjettprosessen gjennom agendasettingsskalaens fire faser: bevissthet, kommunestyrets dagsorden, vedtak og praksis. I en sentralisert administrativ prosess kommer budsjettforslaget fra administrasjonssjefen i kommunen, før det går videre til faste utvalg, formannskapet og kommunestyret. Det skjer en bevegelse fra bevissthet til kommunestyrets dagsorden når budsjettet behandles i kommunestyret. Videre kan det å få folkehelse prioritert i budsjettprosessen legge grunnlag for politiske vedtak og til slutt en fullføring av agendasettingsskalaen til praksis som grenser over mot iverksetting. Den sentraliserte administrative budsjettprosessen følger sykliske rutiner, og kan derfor forstås som et forutsigbart policyvindu for prioritering av folkehelse. Resultatet at kommuner med sentralisert administrativ budsjettprosess prioriterer folkehelse mer enn kommunene med en fragmentert budsjettprosess, kan indikere dette. De andre formene for budsjettprosess kan også defineres som forutsigbare policyvinduer. Men en prioritering av folkehelse i en ovenfra-ned budsjettprosess kan tenkes å gi en mer overordnet prioritering av folkehelse enn de andre budsjettformene, gjennom et forutsigbart policyvindu. Det må bemerkes at dette funnet også kan påvirkes av en ujevn fordeling på originalvariabelen for budsjettprosessen, fordi det er 69 prosent av kommunene som har en sentralisert administrativ budsjettprosess, 23 prosent som har en sentralisert politisk budsjettprosess og kun 8 prosent som har en fragmentert budsjettprosess. Når størstedelen av kommunene har en sentralisert administrativ prosess, er det naturlig at disse har en annerledes prioritering av folkehelse enn gruppen med fragmentert prosess, selv om de andre uavhengige variablene kontrolleres for.

I modell 3 er folketall, sentralitet, og sentralisert administrativ budsjettprosess signifikante med signifikansnivå på henholdsvis 0,1 prosent, 1 prosent og 5 prosent. Variablene folketall og budsjettprosess er i tråd med oppgavens hypoteser, mens sentralitet fortsatt har en negativ innvirkning på prioritering som er omvendt av forventningene. Resultatene i modell 3 kan tolkes som at en skalaenhets endring i folketall (høyere folketall) tilsvarer en forventet forskjell på .164 i prioritet, når alle andre variabler holdes konstant. En skalaenhets endring i sentralitet (hvis man går fra kategorien usentral til sentral kommune) tilsvarer en forventet forskjell i -.286 i prioritet. Altså forventes det at en sentral kommune vil prioritere folkehelse

lavere enn en usentral kommune. Sammenlignet med en fragmentert budsjettprosess, forventes det at kommuner med en sentralisert administrativ prosess har en forskjell på .359 skalaenheter høyere prioritet av folkehelse.

I tillegg til å undersøke regresjonskoeffisientene, kan man også tolke betakoeffisienter, eller standardiserte koeffisienter med det formål å sammenligne bidragene til hver uavhengige variabel. Standardisert betyr at verdiene til de uavhengige variablene har blitt konvertert til samme skala, slik at de kan sammenlignes (Pallant, 2010, s. 161). Hvis man kun hadde hatt en bivariat regresjonsmodell, hadde betakoeffisienten og Pearsons r som er et mål på korrelasjon, vært identiske (Midtbø, 2007, s. 102). I modell 3, der alle uavhengige variabler inngår, er det betakoeffisienten til folketall som er størst, med verdien .268. Det er altså folketall som har det sterkeste unike bidraget for å forklare avhengig variabel, når alle de andre variablene i modellen er kontrollert for. Den nest høyeste betaverdien har sentralisert administrativ budsjettprosess med verdien .205.

6.5 Er mønsteret det samme for helsefremmende tiltak?

Regresjonsanalysen har gitt noen indikasjoner på sammenhengen mellom forklaringsvariablene og den avhengige variabelen. Den avhengige variabelen for prioritering av folkehelse som ble brukt i forrige analyse er et relativt bredt mål, bestående av flere indikatorer for prioritering. På bakgrunn av funnene i forrige regresjonsanalyse er det interessant å se om mønstrene er annerledes når en mer spisset avhengig variabel benyttes. Antall helsefremmende tiltak er et mer innsnevret mål på kommunal prioritering av folkehelse, og vil bli benyttet som avhengig variabel i den følgende regresjonsanalysen. Avhengig variabel er en indeks basert på et spørsmål fra folkehelse 2014, «Er konkrete helsefremmende tiltak utviklet som en oppfølging av samhandlingsreformen? Her kan du sette flere kryss». Indeksen måler hvor mange helsefremmende tiltak kommunen har utviklet. Å ha utviklet et tiltak betyr ikke nødvendigvis at det er iverksatt og har blitt kommunens praksis ennå, så variabelen er en operasjonalisering av prioritering av folkehelse i de to siste fasene av agendasettingsskalaen, som er vedtak og praksis. Variablene legges inn sekvensielt på samme måte som i forrige regresjonsanalyse, se tabell 6.1. Forutsetningene for regresjonsanalyse som ble gjennomgått tidligere, er også oppfylt for denne

regresjonsanalysen. Residualene er tilnærmet normalfordelt, men det er en tendens til høyreskjevhet. Skjevhet på indeksen for helsefremmende tiltak er -.492 som indikerer en klynge med scorer i den høyre enden av grafen. Det betyr at hvis man ser for seg normalfordelingskurven, er det litt flere verdier på høyre side enn på venstre. Kurtoseverdien er -.682, og det indikerer en relativ flat fordeling. Men som nevnt vil ikke skjevhet og kurtose ha stor påvirkning i analyser med store utvalg (Pallant, 2010, s. 57). Ellers er tolkningen av forutsetningene lik som ved den første regresjonsanalysen.

Tabell 6.3. Sekvensiell regresjonsanalyse med indeks for helsefremmende tiltak som avhengig variabel.

Uavhengige variabler	Modell 1			Modell 2			Modell 3		
	b	SE(b)	Beta	b	SE(b)	Beta	b	SE(b)	Beta
Konstant	2.353	.715		2.111	.774		1.458	.792	
Innbyggertall	.050	.089	.039	.042	.090	.033	.087	.090	.067
Sentralitet	.369	.210	.121	.366	.211	.120	.502*	.213	.164
Tonivåmodell				.044	.217	.012	-.046	.217	-.012
Sentralisert adm. budsjettprosess				.344	.370	.093	.248	.367	.067
Sentralisert politisk budsjettprosess				.261	.405	.064	.132	.402	.032
Driftsresultat per innbygger							.067*	.032	.129
Rødgrønn ordfører							.387*	.180	.127
r ²	.021			.024			.056		

Signifikansnivå: * $p < 0.05$

Fragmentert budsjettprosess er referansekategori.

I modell 1 er innbyggertall og sentralitet uavhengige variabler og svarer for 2,1 prosent av variansen til avhengig variabel helsefremmende tiltak. Denne r^2 -verdien kan tolkes som at innbyggertall og sentralitet er langt fra tilstrekkelig for å forklare variansen til helsefremmende tiltak. Modellen er statistisk signifikant, ($p < .05$). I modell 2 er innbyggertall, sentralitet, tonivåmodell og budsjettprosessen uavhengige variabler og svarer for 2,4 prosent av variansen til avhengig variabel. Endringen i r^2 fra modell 1 er kun på .003, og endringen er ikke signifikant. Modell 2 som helhet er heller ikke signifikant. Den største endringen som i predikert varians er endringen fra modell 2 til modell 3. I modell 3 er innbyggertall, sentralitet, tonivåmodell, budsjettprosessen, driftsresultat per innbygger og ordførers partitilhørighet uavhengige variabler og svarer for 5,6 prosent av variansen til avhengig variabel. Modellen er signifikant ($p < .05$) Bidraget til driftsresultat per innbygger

og ordførers partitilhørighet utgjør en forskjell i predikert varians på omtrent 3,1 prosent (.031), og bidraget er signifikant ($p < .01$).

6.5.1 Forklaringsvariablenes påvirkning på helsefremmende tiltak

Tolkningen av regresjonskoeffisientene blir ikke gjennomgått like detaljert som i forrige regresjonsanalyse. Her blir bare regresjonskoeffisientene i modell 3 gjennomgått, ettersom signifikante koeffisienter først forekommer i modellen hvor alle de uavhengige variablene kombineres. Heller ikke i denne regresjonsanalysen kan konstantleddet tolkes substansielt, siden 0 ikke er i verdiområdet til folketallsvariabelen. En skalaenhets forskjell i sentralitet tilsvarer en forventet forskjell på .502 i helsefremmende tiltak, når alle andre variabler holdes konstant. Koeffisienten til sentralitet er signifikant ($p < .05$). Det forventes altså en økning i avhengig variabel helsefremmende tiltak når man går fra usentrale til sentrale kommuner. Sentralitetsvariabelen har altså motsatt fortegn enn i forrige regresjonsanalyse, og det forventes mer helsefremmende tiltak i en sentral enn en usentral kommune. Kanskje kan en sentral kommune hvor det både er mange innbyggere og hvor innbyggerne har kort vei til kommunesenteret ha lettere for å ha et samfunnsrettet helsefremmingsperspektiv. Dette kan henge sammen med at for eksempel det tverrsektorielle folkehelsearbeidet kan være lettere å organisere i en sentral kommune som har en større stab enn en usentral kommune.

Når det gjelder kommuneøkonomi, gir en skalaenhets forskjell i driftsresultat per innbygger en forventet forskjell i helsefremmende tiltak på .067 når alle andre uavhengige variabler holdes konstant. Koeffisienten er signifikant ($p < .05$). Det forventes altså at en økning i driftsresultat per innbygger har en positiv sammenheng med helsefremmende tiltak. Det er ikke umiddelbart intuitivt at bedre økonomi henger sammen med helsefremmende tiltak, fordi helsefremmende tiltak som å samarbeide med frivillige organisasjoner og å integrere folkehelse i kommuneplanleggingen ikke nødvendigvis krever så mye ekstra midler. På den annen side kan det tenkes at å skape et helsefremmende perspektiv for kommunens virksomhet gjennom å styrke det tverrsektorielle arbeidet og kunnskapsgrunnlaget krever mange ansatte. Sammenhengen mellom økonomi og helsefremming kan tolkes som at hvor god økonomi en kommune har henger sammen med antall helsefremmende tiltak kommunen i sin helhet prioriterer. Det kan tenkes at en kommune med dårligere økonomi ikke vil prioritere like mange helsefremmende tiltak som en kommune med god økonomi.

Den siste signifikante variabelen i modellen omhandler politisk farge i kommunen. En skalaenhets forskjell i ordførers partitilhørighet, altså når man går fra ikke-rødgrønn ordfører til rødgrønn ordfører, medfører en forventet forskjell i helsefremmende tiltak på .387, kontrollert for de andre uavhengige variablene. Koeffisienten til ordførers partitilhørighet er signifikant ($p < .05$). Dette er i tråd med H6 om at rødgrønne kommuner vil prioritere folkehelse mer enn de ikke-rødgrønne. Denne hypotesen ble ikke bekreftet i regresjonsanalysen med indeks for prioritet som avhengig variabel. Når hypotesen imidlertid støttes for helsefremmende tiltak er det i tråd med diskusjonen i teorikapitlet om en politisk høyreside som (satt på spissen) ser folkehelse som hovedsakelig individets ansvar, og en rødgrønn-forståelse av folkehelse som samfunnets ansvar. Ut fra denne diskusjonen kan man trekke linjer til henholdsvis forebygging og helsefremming, og en positiv sammenheng mellom rødgrønn ordfører og helsefremmende tiltak tyder på at også på lokalt nivå gjør dimensjonen om folkehelse som samfunnsansvar seg gjeldende, ettersom kommuner med rødgrønne ordførere prioriterer helsefremmende tiltak mer enn de som har ikke-rødgrønne ordførere. Men samtidig kan det også tenkes at kommunene med ikke-rødgrønne-ordførere allerede hadde utviklet mange helsefremmende tiltak før reformen, og at de derfor ikke gjør utslag i analysen.

Ut fra disse resultatene kan retningen på sammenhengen mellom de uavhengige variablene og den avhengige variabelen tolkes. Resultatene viser at hvor sentral kommunen er, hvor stort driftsresultat per innbygger kommunen har og om kommunen har en ordfører fra et rødgrønt parti kan forventes å påvirke kommunenes prioritering av helsefremmende tiltak i positiv forstand. Tolkningen av betakoeffisientene sier noe om styrken på sammenhengen. I modell 3 har sentralitetsvariabelen høyest betakoeffisient med verdien .164. Dette kan tolkes som at sentralitet har det sterkeste unike bidraget for å forklare avhengig variabel, når alle de andre variablene i modellen er kontrollert for. Den nest høyeste betaverdien har driftsresultat per innbygger med verdien .129. Deretter følger rødgrønn ordfører med .127. De uavhengige variablenes fordeling på helsefremmende tiltak viste seg altså å være ganske forskjellige fra mønsteret som kom til syne når indeks for prioritet var avhengig variabel.

6.6 Nye tjenestetilbud som spillovervindu

Regresjonsmodellene har så langt hatt en forklaringskraft (r^2) som er lavere enn forventet. Det kan være flere grunner til det, og det finnes sikkert andre forklaringsvariabler som kunne vært interessante å inkludere. På den annen side kan man ikke forvente å skulle kunne forklare all variasjon i en avhengig variabel, fordi det lar seg ikke gjøre i en samfunnsvitenskapelig analyse med et ikke-eksperimentelt design. Å introdusere en ny uavhengig variabel kan tenkes å øke modellenes forklaringskraft. Som nevnt tidligere kan det at noen kommuner har prioritert samhandlingens mål om blant annet opprettelsen av øyeblikkelig hjelp døgntilbud tenkes å påvirke satsingen på folkehelse. Det er interessant om påvirkningen er positiv eller negativ, og en undersøkelse av denne sammenhengen kan gi informasjon om hvorfor folkehelse ikke kommer høyere på agendaen. I lys av agendasettingsteorien kan det å prioritere nye tjenestetilbud fungere som et positivt spillovervindu til å prioritere folkehelse. Samtidig kan konkurransen med nye tjenestetilbud gjøre at folkehelsearbeidet ikke kommer på agendaen. For å undersøke dette inkluderes en indeks for antall nye tjenestetilbud utviklet som en oppfølging av samhandlingsreformen i de to regresjonsanalysene. For begge analysene utelater jeg den avvikende kommunen som ble omtalt i diskusjonen om forutsetningene for regresjonsanalysen. Vurdering av forutsetningene for regresjonsanalysen har samme konklusjoner som tidligere, og de samme regresjonsanalysene foretas på nytt, men en uavhengig variabel for nye tjenestetilbud inkluderes for å undersøke om dette endrer resultatene fra regresjonsanalysene.

Indeks for prioritet som avhengig variabel

Det mest interessante er å se om forklaringskraften til de uavhengige variablene på indeksen for prioritering har økt, altså om det er stor endring i hvor stor predikert varians (r^2) de uavhengige variablene svarer for. Jeg inkluderer indeksen for nye tjenestetilbud i blokk 3, ettersom alle de andre kjennetegnene ved kommunene kan være bakenforliggende variabler til utvikling av nye tjenestetilbud. Variablene som inngår i modell 1, 2 og 3 er ellers som i tabell 6.1. For fullstendig regresjonstabell, se vedlegg 3.2. I regresjonsanalysen med indeks for prioritet som avhengig variabel, hadde modell 3 en r^2 på .075, se tabell 6.2. Etter å ha inkludert indeks for nye tjenestetilbud, har r^2 økt til .079. Sammenlignet med regresjonsanalysen uten variabelen for nye tjenestetilbud, svarer altså nye tjenestetilbud for et tillegg på omtrent 0.4 % (.004) av variansen til prioritet. Men bidraget til modell 3

sammenlignet med modell 2 er ikke signifikant. Når det gjelder tolkningen av regresjonskoeffisienten til tjenestetilbud, tilsvarer en forskjell på en skalaenhet en forventet forskjell på .029 skalaenheter i prioritet, når de andre uavhengige variablene holdes konstant. Koeffisienten er imidlertid ikke signifikant. Styrken eller retningen på regresjonskoeffisientene til de andre uavhengige variablene er ikke nevneverdig påvirket av inkluderingen av nye tjenestetilbud-variabelen, og de samme uavhengige variablene blir signifikante her som i den opprinnelige regresjonsanalysen. Variabelen for nye tjenestetilbud kan altså ikke sies å være et spillovervindu for prioritering av folkehelse. Det er interessant å undersøke om resultatene blir de samme når indeks for helsefremmende tiltak er avhengig variabel.

Indeks for helsefremmende tiltak som avhengig variabel

Tabell 6.4. Sekvensiell regresjonsanalyse med indeks for helsefremmende tiltak som avhengig variabel. Nye tjenestetilbud inkludert som uavhengig variabel.

Uavhengige variabler	Modell 1			Modell 2			Modell 3		
	b	SE(b)	Beta	b	SE(b)	Beta	b	SE(b)	Beta
Konstant	2.353	.715		2.111	.774		1.843	.722	
Innbyggertall	.050	.089	.039	.042	.090	.033	-.069	.084	-.054
Sentralitet	.369	.210	.121	.366	.211	.120	.363	.194	.119
Tonivåmodell				.044	.217	.012	-.006	.197	-.002
Sentralisert adm. budsjettprosess				.344	.370	.093	.380	.334	.103
Sentralisert politisk budsjettprosess				.261	.405	.064	.133	.365	.033
Driftsresultat per innbygger							.048	.029	.091
Rødgrønn ordfører							.341*	.164	.111
Nye tjenestetilbud							.430***	.054	.432
r ²	.021			.024			.222		

Signifikansnivå: * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

Fragmentert budsjettprosess er referansekategori.

I den opprinnelige regresjonsanalysen med helsefremmende indeks som avhengig variabel, var r^2 for modell 3 .056, se tabell 6.3. Når jeg inkluderer variabelen for nye tjenestetilbud er r^2 for modell 3 .222, og alle de uavhengige variablene forklarer dermed 22,2 % av variansen til indeksen for helsefremmende tiltak. I denne regresjonsanalysen hvor tjenestetilbud inkluderes i modell 3, er endringen i r^2 fra modell 2 til modell 3 veldig stor, og øker fra .024 til .222. Bidraget til variablene som legges til i modell 3 er signifikant ($p < .001$). Noe som også er

interessant i denne analysen er koeffisienten til nye tjenestetilbud. Den er på .430 og er signifikant ($p < 0.001$). Det kan tolkes som at med en skalaenhets forskjell i nye tjenestetilbud, forventes en forskjell i helsefremmende tiltak på .430 skalaenheter. Introduksjonen av nye tjenestetilbud-variabelen fører til endringer i de andre regresjonskoeffisientene. Konstantleddet øker, mens koeffisienten til folketall går fra å være positiv til å bli negativ. Det er uklart hvorfor, men den er ikke lenger signifikant. Koeffisienten til sentralitet, driftsresultat og ordførers partitilhørighet blir lavere, mens koeffisienten til sentralisert administrativ budsjettprosess blir høyere. Sentralitetsvariabelen, sentralisert administrativ budsjettprosess og driftsresultat per innbygger er ikke lenger signifikante når nye tjenestetilbud tas med, mens ordførers partitilhørighet fortsatt er signifikant og har en positiv sammenheng med helsefremmende tiltak.

Pearsons r for korrelasjonen mellom indeksene for helsefremmende tiltak og nye tjenestetilbud er .435, som er en middels høy korrelasjon (Pallant, 2010, s. 134). Man kan ikke konstatere rekkefølgen på påvirkningen, men konstatere at de korrelerer. Altså vil kommuner som prioriterer helsefremming også prioritere nye tjenestetilbud og omvendt. Men man kan ikke trekke slutninger om kausalrekkefølge, som man heller ikke kan med de andre variablene. Samtidig må man også være oppmerksom på at det kan være andre variabler som ligger bak og påvirker begge de to variablene. Den positive korrelasjonen mellom helsefremmende tiltak og nye tjenestetilbud kan tolkes i tråd med den teoretiske forventingen om at prioritering av ett av samhandlingsreformens tiltak henger sammen med prioritering av reformens andre deler. En tolkning av denne korrelasjonen er at kommunene som prioriterer samhandlingsreformen ikke fokuserer på kun ett av reformens delmål, men kombinerer flere av målsettingene i reformen til en samlet prioritering. Denne korrelasjonen kan gi grunnlag for videre undersøkelser av hvordan kommunene prioriterer samhandlingsreformens delmål i forhold til hverandre. Oppsummert kan nye tjenestetilbud tolkes som et spillovervindu for helsefremmende tiltak, og rødgrønne kommuner forventes å prioritere flere helsefremmende tiltak enn de ikke-rødgrønne.

Regresjonsanalyse med tjenestetilbud som avhengig variabel

De to regresjonsanalysene har gitt interessante resultater om forskjeller i prioritering, og de to avhengige variablene som mål på prioritering ga til dels ulike resultater. Som nevnt tidligere er variabelen om nye tjenestetilbud utviklet som en følge av samhandlingsreformen interessant for å se om lignende mønstre gjør seg gjeldende i de andre delene av

samhandlingsreformen. Derfor kjører jeg en regresjonsanalyse med de samme uavhengige variablene som i tabell 6.1, og fortsatt er forutsetningene for regresjonsanalyse oppfylt. I denne regresjonsanalysen er det kun koeffisienten til folketallsvariabelen som blir signifikant, og koeffisienten er positiv. For fullstendige resultater fra regresjonsanalysen, se vedlegg 3.3. En prosents forskjell i innbyggertall tilsvarer en forventet forskjell på .364 skalaenheter i prioritering, når alle de andre uavhengige variablene holdes konstant ($p < .001$). Det gir mening at jo større en kommune er, desto flere nye tjenestetilbud har den utviklet som en oppfølging av reformen. Dette kan for det første forstås som at helseproblemene er mer komplekse i en stor kommune, som bidrar til prioritering av tjenestetilbud knyttet til samhandlingsreformens mål. For det andre har større kommuner flere innbyggere og trolig flere menneskelige ressurser til å utvikle nye tjenestetilbud. Altså kan betydningen av kommunestørrelse for prioritering av nye tjenestetilbud ha noen av de samme tolkningene som prioritering av folkehelse. I spørsmålet om nye tjenestetilbud spesifiseres det «som en oppfølging av samhandlingsreformen». Det er imidlertid sannsynlig at mange har krysset av for tjenestetilbud de har utviklet også før samhandlingsreformens iverksettelse, men som de har fortsatt med. Fordi det kun var koeffisienten til folketallsvariabelen som var signifikant, kan det vanskelig trekkes noen konklusjoner om at de samme mønstrene for variasjon gjør seg gjeldende i andre deler av samhandlingsreformen enn folkehelsearbeidet. På den annen side kan det ikke konkluderes at de samme mønstrene ikke gjør seg gjeldende i de andre delene av samhandlingsreformen, fordi dette kunne også vært undersøkt ved hjelp av andre variabler og mål.

6.7 Oppsummering

I analysen ble de statistiske hypotesene testet. En statistisk hypotese skiller seg fra en forskningshypotese. En forskningshypotese omfatter ofte kausale relasjoner mellom begreper, og referanser til omfattende situasjoner, tider og grupper. En statistisk hypotese omfatter derimot parametre i en populasjon som et utvalg er trukket fra, og gjør ikke antakelser om kausalitet (Lund, 2002, s. 116). Muligheten for å generalisere ut fra de statistiske resultatene er diskutert i kapittel 4.5.

Tabell 6.5. Oppsummering av hypotesene.

Hypoteser	Regresjonsanalyser		Støttes ikke
	Avhengig variabel: prioriteringsindeks	Avhengig variabel: helsefremmende tiltak	
H1 Jo høyere innbyggertall kommunene har, desto mer vil de prioritere folkehelse	Støttes		
H2 Sentrale kommuner vil prioritere folkehelse mer enn perifere kommuner		Støttes	
H3 Kommuner med trenivåmodell vil prioritere folkehelse mer enn de med tonivåmodell			Ingen støtte
H4 Kommuner med sentralisert administrativ budsjettprosess forventes å prioritere folkehelse mer enn de med fragmentert prosess	Støttes		
H5 Jo bedre økonomi i kommunen, desto mer vil de prioritere folkehelse		Støttes	
H6 Kommuner med rødgrønn ordfører vil prioritere folkehelse mer enn kommuner med ordfører fra et annet parti		Støttes	

Alle hypotesene fikk støtte i én av de to regresjonsanalysene, unntatt hypotese 3 om tonivåmodellens innvirkning. Det at jeg ikke kan forkaste nullhypotesen om ingen sammenheng mellom tonivåmodell og prioritering av folkehelse, er ikke det samme som at nullhypotesen blir akseptert som den korrekte. Jeg kan nemlig ikke konstatere at det ikke er noen sammenheng mellom tonivåmodell og folkehelseprioritering, men kun konstatere at jeg ikke fant noen sammenheng (Skog, 2010, s. 103). Et statistisk signifikant resultat betyr ikke nødvendigvis en reell sammenheng mellom variablene, fordi blant annet utvalgsstørrelse kan ha betydning for utfallet. I tillegg er standardfeilene i resultatene for lave på grunn av behandling av missing som «replace with mean». For lave standardfeil kan gjøre det lettere å påvise signifikante koeffisienter. Det kan være en svakhet for denne oppgavens statistiske konklusjonsvaliditet, og er viktig å være oppmerksom på når man leser resultatene fra denne analysen. I neste kapittel gis en drøfting av oppgavens funn og temaer som er interessante for videre forskning om kommunalt folkehelsearbeid.

7 Tolkning av resultatene

Utgangspunktet for denne oppgaven var å undersøke om samhandlingsreformen har påvirket prioriteringen av folkehelsearbeidet i kommunene. I tillegg ville jeg finne ut hva som kan forklare variasjon i prioritering. I det følgende kapittelet vil jeg knytte resultatene fra analysen til Kingdons agendasettingsteoretiske rammeverk. Tolkningene av resultatene tar ikke stilling til kausalforhold, fordi ikke-eksperimentelle opplegg ikke gir grunnlag for å trekke slutninger om kausalitet (Hellevik, 2002, s. 89). Uansett hvilke endringer i prioritering som er observert mellom 2011 og 2014 kan man ikke anta at endringene *skyldes* samhandlingsreformen.

Resultatene viser at det er en tendens til at kommunene prioriterer folkehelse mer etter samhandlingsreformens ikrafttredelse, men en indeks som et samlet mål på prioritering viser at endringen fra 2011 er liten. Inntrykket er et annet når det gjelder hva kommunene selv svarer at de gjør i folkehelsearbeidet. Nesten 90 prosent av kommunene mener at fokus i folkehelsearbeidet er endret siden samhandlingsreformen trådte i kraft, og de har i gjennomsnitt utviklet 3 helsefremmende tiltak og 2 forebyggende tiltak som en oppfølging av reformen¹⁰. Inntrykket fra surveysspørsmål hvor det spørres eksplisitt om hva kommunene har gjort som en oppfølging av samhandlingsreformen, er at kommunene prioriterer folkehelse jevnt over høyt. Som svar på problemstillingen har prioriteringen av folkehelse i kommunene endret seg, men man kan ikke konkludere med om samhandlingsreformen er årsak til endringen.

Prioritering av folkehelsearbeidet kan sies å ha økt etter reformen. Når det gjelder prioritering i folkehelsearbeidet, er hovedinntrykket at det er forebygging som vektlegges mest. For det første kan dette henge sammen med at noen kommuner kan ha lyst til å sette i gang tiltak raskt, og forebyggende tiltak krever ikke nødvendigvis den utredningen og analysen som helsefremmende tiltak gjør. Mange kommuner har startet frisklivssentraler som har fokus på livsstilsendring for dem som har livsstilssykdommer eller er i faresonen for å utvikle dem. Samhandlingsreformens kommunale medfinansiering av sykehusinnleggelser skal også gi kommunene økonomiske insentiver til å forebygge sykdom. Det er ikke lignende insentiver knyttet til helsefremmende tiltak. Å forebygge sykdom er et av samhandlingsreformens mål, så det er ikke overraskende at mange kommuner prioriterer det. I agendasettingsprosessen som helhet kan dette mønsteret forstås som at forebygging er lettere å få på dagsorden enn

¹⁰ Fra en liste på henholdsvis 5 og 4 mulige tiltak å krysse av for.

helsefremming. Mange kommuner oppgir forøvrig at de har forankret folkehelsearbeidet mer tverrsektorielt etter samhandlingsreformen trådte i kraft, og mange har iverksatt flere helsefremmende tiltak, så det vil kanskje bli en retningsendring i det kommunale folkehelsearbeidet fra et livsstilfokus mot et mer sektorovergripende, helsefremmende perspektiv. Det kan tenkes at arbeidet med forebyggende tiltak kan fungere som et spillovervindu for dette.

Når man skal vurdere hva som kan forklare ulik prioritering mellom kommunene, virker det som kommunestørrelse, en ovenfra-ned-budsjettprosess og sentralitet kan henge sammen med prioritering av folkehelsearbeidet. Kanskje har store kommuner mer ressurser i form av flere ansatte som prioriterer folkehelse, og det kan tenkes at usentrale kommuner prioriterer folkehelse mer enn sentrale kommuner fordi de muligens ikke hadde prioritert folkehelse så mye før. Det er uklart hvilke konklusjoner som kan trekkes fra hva som kan forklare ulik prioritering, men sammenhengen mellom kommunestørrelse og prioritering av folkehelsearbeid virker gyldig sett i lys av de teoretiske forventningene om problemstrømmen i Kingdons typologi. Jo større kommunene er, desto mer komplekst problembilde og drivkraft for anerkjennelse av folkehelseproblemet kan man anta at de har. Når det gjelder prioritering av helsefremmende tiltak, er det om kommunen har god økonomi, rødgrønn ordfører og er sentral som virker å ha en positiv sammenheng. Utvikling av helsefremmende tiltak koster nødvendigvis penger, og god økonomi kan gjøre at helsefremmende løsninger kan få gehør i policyprosessen hvor folkehelseløsninger diskuteres. En rødgrønn kommuneledelse kan tenkes å ha et mer helsefremmende fokus på folkehelse enn en ikke-rødgrønn kommune, slik diskusjonen om de politiske forskjellene på sentralt nivå har vist. I politikkstrømmen kan en rødgrønn kommune tenkes å få mer gjennomslag for helsefremmende løsninger enn hvis kommunen hadde hatt en annen politisk ledelse. I tillegg viste resultatene at det er en positiv sammenheng mellom utvikling av tjenestetilbud i tråd med samhandlingsreformens andre mål, og det å utvikle helsefremmende tiltak, så det kan tenkes at utviklingen av det ene tiltaket påvirker utvikling av det andre tiltaket i positiv forstand, slik at de fungerer som spillovervinduer for hverandre. Samtidig kan det være andre hensyn som ligger bak og er årsak til begge to. Samlet sett viser den lave forklaringskraften (r^2) til regresjonsmodellene at de uavhengige variablene har relativt svake effekter på prioritering av folkehelsearbeidet. Dette tyder på at det er andre variabler som kunne vært inkludert for å forklare mer av variasjonen i de avhengige variablene.

Kommunene har mange andre oppgaver enn folkehelse, og samhandlingsreformen som policyvindu må konkurrere med andre policyvinduer. Er det styrke nok i samhandlingsreformen til å fremme folkehelse i det store bildet? Sagt på en annen måte: Hvor åpent er samhandlingsreformen som policyvindu? Folkehelsekoordinatorens rolle som policyentreprenør har stort potensial for å fremme folkehelse på den kommunale agendaen. Potensialet antas imidlertid å avhenge av om folkehelsekoordinatoren får full stilling og en administrativ forankring i nærheten av rådmannen, og ikke bare i helseavdelingen. Det er flere mulige forklaringer på hvorfor økningen i prioritering av folkehelse ikke er større fra 2011 til 2014. For det første har det fortsatt gått relativt kort tid siden reformens ikrafttredelse. For det andre kan det være en sammenheng med at det ikke har kommet statlige øremerkede midler til folkehelse. Betydningen av øremerking for prioritering kommer til uttrykk gjennom hvor mange kommuner som prioriterer øyeblikkelig hjelp-døgntilbud, som finansieres på denne måten. Som Helgesen mfl. skriver i sin rapport om folkehelse og forebygging: Finansieringsformen vanskeliggjør prioritering av folkehelsearbeidet (2014, s. 124). For det tredje kan den beskjedne økningen i prioritering henge sammen med at kommunene ennå ikke har nok *kunnskap* om folkehelsearbeidet. Det er få kommuner som har folkehelsekoordinator i full stilling og som har folkehelsekoordinatorens administrative plassering forankret hos rådmannen. I tillegg er det fortsatt få kommuner som har kunnskapsgrunnlaget for folkehelsearbeidet på plass i form av en oversikt over helsetilstanden i kommunen. Ettersom kravet om oversikt over helsetilstanden har vært lovhjemlet i mange år, og både forskrift om oversiktsarbeidet og veilederen til arbeidet med oversikt er svært detaljerte, er det overraskende at ikke samhandlingsreformens ikrafttredelse har medført mer endring på dette området. En mulig forklaring er lavt kunnskapsnivå i kommunene om kravet til oversiktsarbeid, eller manglende ressurser til å prioritere denne delen av samhandlingsreformen. For det fjerde kan folkehelse som et komplekst problem komme til å tape i agendasettingsprosessen sammenlignet med saker som har målbare og kortsiktige konsekvenser. Folkehelseproblemets iboende kompleksitet kan altså være en forklaring på at kommunene ikke prioriterer folkehelse i større grad etter reformen. Styringsmidlene i samhandlingsreformen virker ikke sterke nok til å holde policyvinduet for prioritering av folkehelse åpent.

Denne oppgaven har et statistisk forskningsdesign som gir mulighet til å studere folkehelsearbeidet i bredden. Det er brukt OLS-regresjonsanalyse, men det må bemerkes at andre statistiske teknikker som for eksempel flernivåanalyse eller tidsserieanalyse kunne vært

anvendt, og begreper kunne ha vært operasjonalisert på en annen måte ved bruk av andre variabler. Mulighetene for samspill mellom uavhengige variabler kunne også vært undersøkt. Når det gjelder mulighetene for generalisering, kan resultatene fra regresjonsanalysen generaliseres til populasjonen av norske kommuner. At missing ble behandlet som «replace with mean» kan være en svakhet ved analysen ved at standardfeilene er for lave og resultatene kan fremstå som mer nøyaktige enn de faktisk er. Når det gjelder de kvalitative dataenes generaliseringsmuligheter, kan funnene fra fokusgruppeintervjuene ikke generaliseres til å gjelde alle kommuner, men de kan gi et inntrykk av kommunenes oppfatning av samhandlingsreformen som policyvindu for folkehelse.

Hvis flere kommuner skaffer seg oversikt over helsetilstanden, får en folkehelsekoordinator i høyere stillingsprosent og forankrer folkehelsekoordinatoren hos rådmannen, vil folkehelse kunne få en sektorovergripende prioritering i hele kommunen. På den annen side kan det argumenteres for at folkehelseproblemet krever større samfunnsmessige endringer som kommunene ikke kan løse på egenhånd (Helgesen mfl., 2014, s. 123). I sitt forslag til statsbudsjett reverserer som sagt regjeringen ordningen med kommunal medfinansiering, og kanskje kan dette ha betydning for hvordan kommunene jobber med samhandlingsreformen i sin helhet. Samtidig er påvirkningen fra kommunereformen interessant å følge med på, siden det der legges opp til en kommunestruktur med større kommuner. Det kan argumenteres for at en eventuell ny kommunestruktur kan påvirke folkehelsearbeidet (Helgesen, 2012, s. 275–276). I videre forskning om folkehelse er det spennende å se resultatene fra denne oppgaven om at innbyggertall kan ha en positiv innvirkning på prioritering av folkehelsearbeidet opp mot kommunereformen. Vil dette resultatet også gjelde hvis et stort antall kommuner slås sammen? Et annet interessant aspekt å drøfte er om kommunereformen og samhandlingsreformen kan tenkes å slå hverandre i hjel, siden to store reformer følger relativt kort tid etter hverandre. På den annen side brukes kommunens folkehelseansvar som en begrunnelse for at kommuner bør ha en viss minstestørrelse i kommunereformen (Prop. 95 S, 2013-2014, s. 27, 33). Vil kommunene takle to store reformer så tett på hverandre? I et agendasettingsperspektiv er det grunn til å tro at samhandlingsreformen og folkehelse vil kunne få mindre oppmerksomhet når strukturreformen innføres, og det er et interessant tema for videre forskning.

Litteraturliste

- Abelsen, Birgit., Toril Ringholm, Per-Arne Emaus, og Margrethe Aanesen. (2012). *Hva har Samhandlingsreformen kostet kommunene så langt?* Norut Alta rapport 2012:9.
- Alvsvåg, Herdis (2013). «Hva er det nye i samhandlingsreformen og hvilke konsekvenser kan den få for helse- og omsorgstjenesten? Gammel vin på nye flasker?» i Herdis Alvsvåg, Ådel Bergland og Oddvar Førland (red.). *Nødvendige omveier: en vitenskapelig antologi til Kari Martinsens 70-årsdag*. Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Ardon, Peter og Rita Bjørgan Holand (2011). *Samhandlingsreformen: en teoretisk studie knyttet til kritiske organisatoriske, ledelses- og styringsmessige faktorer når Samhandlingsreformens målsettinger skal realiseres*. Masteroppgave. København: Handelshøjskolen i København.
- Askim, Jostein og Sivertsen, Trygve (2011). «Hvem tar regningen? Finansiering av reformer som vedtas på statlig nivå og implementeres i kommunene», i Harald Baldersheim og Eivind Smith (red.). *Lokalt demokrati uten kommunalt selvstyre?* Oslo: Abstrakt forlag.
- Baaske, Matthias, Kristin Horn Bringedal, Hein Enger Halvorsen, og Helge Torgersen (2013). *Kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud - Kartlegging av status og erfaringer ved etablering i norske kommuner som et ledd i samhandlingsreformen*. KS FoU-prosjekt nr. 134018.
- Baldersheim, Harald og Lawrence E. Rose (2005). «Kommunale reformer som teoretiske utfordringer: Linjer og paradokser i lokal politikk og organisering», i Harald Baldersheim og Lawrence E. Rose (red.). *Det kommunale laboratorium. Teoretiske perspektiver på lokal politikk og organisering*. Bergen: Fagbokforlaget.

- Blåka, Sara, Trond Tjerbo og Hilde Zeiner (2012). *Kommunal organisering 2012. Redegjørelse for Kommunal- og regionaldepartementets organisasjonsdatabase*. NIBR-rapport 2012:21. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning.
- Christophersen, Knut-Andreas (2009). *Databehandling og statistisk analyse med SPSS*. Oslo: Unipub.
- Cohen, Michael D, James G. March og Johan P. Olsen (1972). «A garbage can model of organizational choice», *Administrative science quarterly* 17 (1).
- Dahlgren, Göran og Margaret Whitehead (2007). *Policies and strategies to promote social equity in health. Bakground document to WHO - Strategy paper for Europe*. Arbetsrapport/Institutet för Framtidsstudier 2007:14. Stockholm: Institutet för Framtidsstudier.
- Egerhei, Tom (2014). *Erfaringer med pilottilsyn etter folkehelseloven*. Presentasjon. Fylkesmannen i Vest-Agder.
- <http://www.fylkesmannen.no/PageFiles/532561/FOLKEHELSETILSYN-ROSFJORD260214.pdf?epslanguage=nb>
- [Lesedato 16.06.2014]
- Folkehelseloven. Lov av 24. juni 2011 nr. 29 om folkehelsearbeid.
- Forskrift om oversikt over folkehelsen. Forskrift 28. juni 2012 om oversikt over folkehelsen.
- Fosse, Elisabeth og Mali Strand (2010). «Politikk for å redusere sosiale ulikheter i helse i Norge: Fornyet politisering av folkehelse spørsmål», *Tidsskrift for velferdsforskning*, 13 (1): 14–25.
- Gautun, Heidi og Astri Syse (2013). *Samhandlingsreformen. Hvordan tar de kommunale helse- og omsorgstjenestene i mot det økte antallet pasienter som skrives ut fra sykehusene?* NOVA Rapport 8/2013. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.

Hafstad, Anne (2001). «Sykehusene skal styres med jernhånd». *Aftenposten*. 26. november 2001.

<http://www.aftenposten.no/helse/Sykehusene-skal-styres-med-jernhand-6335527.html>

[Lesedato: 12.09.2014].

Hagen, Terje P og Trond Tjerbo (2013). «Historien om da Kostnadskontroll spiste New Public Management til middag». I Noralv Veggeland (red.). *Reformer i norsk helsevesen*. Trondheim: Akademika forlag.

Halkier, Bente (2010). *Fokusgrupper*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Helgesen, Marit (2012). «Styring av folkehelsepolitikk i relasjonen mellom stat, fylkeskommuner og kommuner», i Gro Sandkjær Hanssen, Jan Erling Klausen og Ove Langeland (red.). *Det regionale Norge 1950 til 2050*. Oslo: Abstrakt forlag.

Helgesen, Marit K. og Hege Hofstad (2012). *Regionalt og lokalt folkehelsearbeid. Ressurser, organisering og koordinering. En baselineundersøkelse*. NIBR-rapport 2012:13. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning.

Helgesen, Marit. K. og Hege Hofstad (2014). «Determinants in Norwegian local government health promotion – institutional perspectives». *Research in the Sociology of Health Care* 32.

Helgesen, Marit K, Hege Hofstad, Lars Christian Risan, Ingun Stang, Grete Eide Rønningen, Catherine Lorentzen og Ursula Småland Goth (2014). *Folkehelse og forebygging. Målgrupper og strategier i kommuner og fylkeskommuner*. NIBR-rapport 2014:3. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning.

Hellevik, Ottar (2002). *Forskningsmetode i sosiologi og statsvitenskap*. Oslo: Universitetsforlaget.

Helse- og omsorgsdepartementet (2012-2013). *Meld. St. 34 (2012-2013) Sammendrag bokmål*.

Helsedirektoratet (2010). *Folkehelsearbeidet - veien til god helse for alle*. IS-1846.

Helsedirektoratet (2012). *Øyeblikkelig hjelp - døgntilbud i kommunen*

<http://helsedirektoratet.no/finansiering/okonomiske-virkemidler-i-samhandlingsreformen/oyeblikkelig-hjelp-dogntilbud/Sider/dogntilbud-for-oyeblikkelig-hjelp-i-kommunen-.aspx>

[Lesedato: 15.09.2014]

Helsedirektoratet (2013a). *God oversikt - en forutsetning for god folkehelse. En veileder til arbeidet med oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer*. IS-2110.

Helsedirektoratet (2013b). *Veileder for kommunale frisklivssentraler. Etablering og organisering*. IS-1896.

Helsetilsynet (2013). *Nytt tilsynsområde - på sporet av bedre folkehelse?* Artikkel fra Tilsynsmelding 2013.

<http://www.helsetilsynet.no/no/Publikasjoner/Tilsynsmelding/2013/Nytt-tilsynsomrade-pa-sporet-av-betre-folkehelse-/>

[Lesedato: 16.03.2014]

Heløe, Leif Arne (2010). *Velferd på avveier? Utviklingslinjer og dilemmaer i helse- og sosialpolitikken*. Oslo: Abstrakt forlag.

Hofstad, Hege (2012). *Håndtering av «wicked problems» i kommunal planlegging. Lokal oversettelse av målsettingene om bærekraftig utvikling og bedre folkehelse i ulike planleggingspraksiser*. Doktoravhandling. Oslo: Institutt for statsvitenskap, Universitetet i Oslo.

Howlett, Michael, M. Ramesh og Anthony Perl (2009). *Studying Public Policy: Policy Cycles & Policy Subsystems*. Don Mills, Ont.: Oxford University Press.

Innst. 212 S (2009-2010). Innstilling til Stortinget fra helse- og omsorgskomiteen. *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om samhandlingsreformen og om en ny velferdsreform*

- Jenssen, Synnøve (2013). «Dør kua mens gresset gror? - Politikernes rolle i helsesamhandling», *Nytt Norsk Tidsskrift*, 30(2).
- Kingdon, John W. (1984). *Agendas, alternatives, and public policies*. Boston: Little, Brown and Co.
- Kommunal- og moderniseringsdepartementet (2014). «-Tankevekkende om utfordringene for kommune-Norge, sier Sanner». Pressemelding 31.03.2014.
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/kmd/pressesenter/pressemeldinger/2014/Rapport-fra-ekspertutvalget-for-kommunereformen-overlevert.html?id=754197>
[Lesedato: 22.05.2014]
- Krossli, Jan Inge (2011). «Dårlig politisk samhandling». *Kommunal-rapport.no*.
http://kommunal-rapport.no/artikkel/darlig_politisk_samhandling
[Lesedato: 30.04.2014]
- Kvaløy, Ola (2012). «Organisasjonssvikt». *Dagens Næringsliv* 12.10.2012.
- Lovdata (ingen dato). «Ikke tilgjengelig: Lov om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet [folkehelseloven]».
<http://lovdata.no/dokument/ROL/lov/2009-06-19-65>
[Lesedato: 18.07.2014]
- Lund, Thorleif red. (2002). *Innføring i forskningsmetodologi*. Oslo: Unipub forlag.
- Meld. St. 34 (2012–2013). *Folkehelsemeldingen. God helse – felles ansvar*. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Midtbø, Tor (2007). *Regresjonsanalyse for samfunnsvitere. Med eksempler i SPSS*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (2014). *Dokumentasjon av uttak fra NSDs kommunedatabase*.

- Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS, NSD (2013). *Undersøkelse om kommunal organisering 2012, Kommunefil. Study Documentation.*
- NTB (2011). «Vil vrake samhandlingsreform». *Agderposten* 10.06.2011.
- Ot.prp. nr. 70 (2002-2003). *Om lov om endringer i lov 25. september 1992 nr. 107 om kommuner og fylkeskommuner m.m. (kommunal revisjon).* Kommunal- og regionaldepartementet.
- Ouff, Susanne Moen, Randi Bergem, Unni Aarflot, Marte Hanche-Olsen, Guri-Mette Vestby, Hege Hofstad og Marit Kristine Helgesen (2010). *Partnerskap for folkehelse og Helse i plan. Sluttrapport.* Rapport nr. 7. Møreforskning Volda.
- Pallant, Julie (2010). *SPSS Survival Manual. A step by step guide to data analysis using the SPSS program.* Berkshire: McGraw-Hill.
- Pedersen, Ole P. (2009). *Kommuneøkonomi for journalister.* Kristiansand: IJ-forlaget.
- Plan- og bygningsloven. Lov av 27. juni 2008 nr. 71 om planlegging og byggesaksbehandling.
- Prop. 90 L (2010–2011). *Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven).* Helse- og omsorgsdepartementet.
- Prop. 115 S (2010–2011). *Kommuneproposisjonen 2012.* Kommunal- og moderniseringsdepartementet.
- Prop. 95 S (2013-2014). *Kommuneproposisjonen 2015.* Kommunal- og moderniseringsdepartementet.
- Prop. 1 S (2014–2015). *Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak). For budsjettåret 2015.* Helse- og omsorgsdepartementet.
- Rittel, Horst W. J. og Melvin M. Webber (1973). «Dilemmas in a general theory of planning», *Policy Sciences*, 4(2), 155–169.

- Romøren, Tor Inge (2011). «Spesialisthelsetjenesten: Sykehus og psykisk helsevern», i Aksel Hatland, Stein Kuhnle og Tor Inge Romøren (red.). *Den norske velferdsstaten*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Skinner, Marianne Sundlisæter (2014). *Kommunenes planer for øyeblikkelig hjelp døgntilbud. Status per 2012/2013*. Rapportserie nr. 5/2014. Gjøvik: Senter for omsorgsforskning, Østlandet.
- Skog, Ole-Jørgen. (2010). *Å forklare sosiale fenomener. En regresjonsbasert tilnærming*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Statsministerens kontor (2013). *Politisk plattform for en regjering utgått av Høyre og Fremskrittspartiet*. 16.10.2013
- Stock, James H. og Mark W. Watson (2007). *Introduction to Econometrics*. Boston: Pearson Education, Inc.
- Stoker, Gerry (2010). «Translating Experiments into Policy», *The ANNALS of the American Academy of Political and Social Science*, 628(1), 47–58.
- Stoker, Gerry og Peter John (2009). «Design Experiments: Engaging Policy Makers in the Search for Evidence about What Works», *Political Studies*, 57(2), 356–373.
- St.meld.nr.47 (2008-2009): *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Ugreninov, Elisabeth og Gunn Elisabeth Birkelund (2013). «Naturlige eksperiment», *Sosiologi i dag*, 43(3).
- Veggeland, Noralv (2013). «Introduksjon til kapitlene», i Noralv Veggeland (red.). *Reformer i norsk helsevesen*. Trondheim: Akademika forlag.
- Øgård, Morten (2005). «New Public Management - fornyelse eller fortapelse av den kommunale egenart?», i Harald Baldersheim og Lawrence E. Rose (red.). *Det*

kommunale laboratorium. Teoretiske perspektiver på lokal politikk og organisering.

Bergen: Fagbokforlaget.

Vedlegg

Vedlegg 1. Tabeller for frafallsanalyse

1.1. Tabeller for frafallsanalyse etter kommunestørrelse

Hvordan kommunene i universet og utvalget fordeler seg etter kommunestørrelse.

Prosentfordeling for kommuner, etter gruppert variant av folketallsvariabelen *bas48* fra kommunedatabasen. Folketall fra 2012.

	Univers	Utvalg
	Prosent	Prosent
1 færre enn 3000	37,3	35,4
2 3000-4999	16,1	14,9
3 5000-9999	21,0	21,5
4 10000-34999	20,3	21,2
5 35000 og flere	5,4	7,0
Sum	100	100
	(N = 429)	(N = 302)

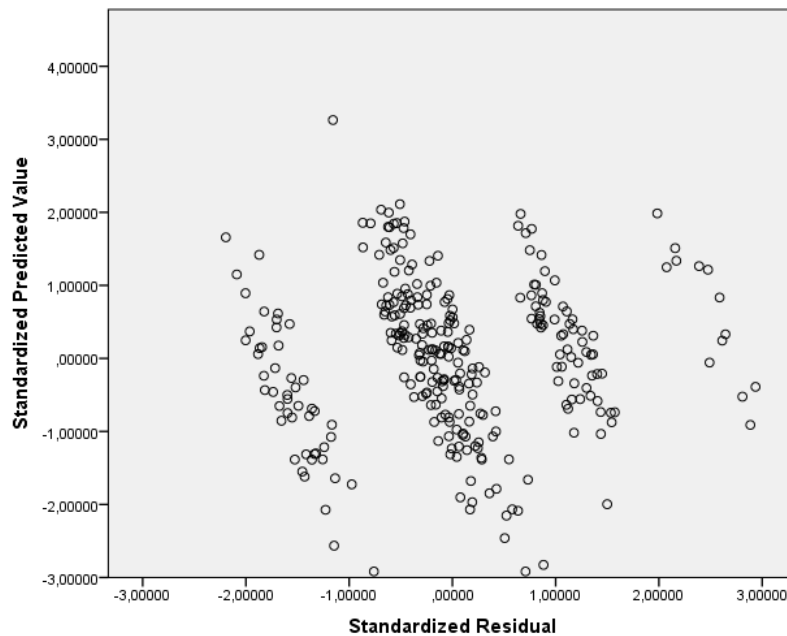
1.2. Prosentfordeling for kommuner, gruppert etter fylke. For univers og utvalg.

Kommunene i datasettet gruppert etter fylkesnummer	Univers	Utvalg
	Prosent	Prosent
1 Østfold	4,1	5,0
2 Akershus	5,0	5,6
3 Oslo	,2	,3
4 Hedmark	5,0	4,0
5 Oppland	5,9	6,3
6 Buskerud	4,8	5,3
7 Vestfold	3,4	3,3
8 Telemark	4,1	5,6
9 Aust-Agder	3,4	3,0
10 Vest-Agder	3,4	3,6
11 Rogaland	6,3	6,6
12 Hordaland	7,7	5,6
14 Sogn og Fjordane	5,9	5,6
15 Møre og Romsdal	9,1	9,6
16 Sør-Trøndelag	5,7	6,6
17 Nord-Trøndelag	5,7	4,0
18 Nordland	10,2	10,9
19 Troms	5,9	5,3
20 Finnmark	4,3	4,0
	100,0	100,0

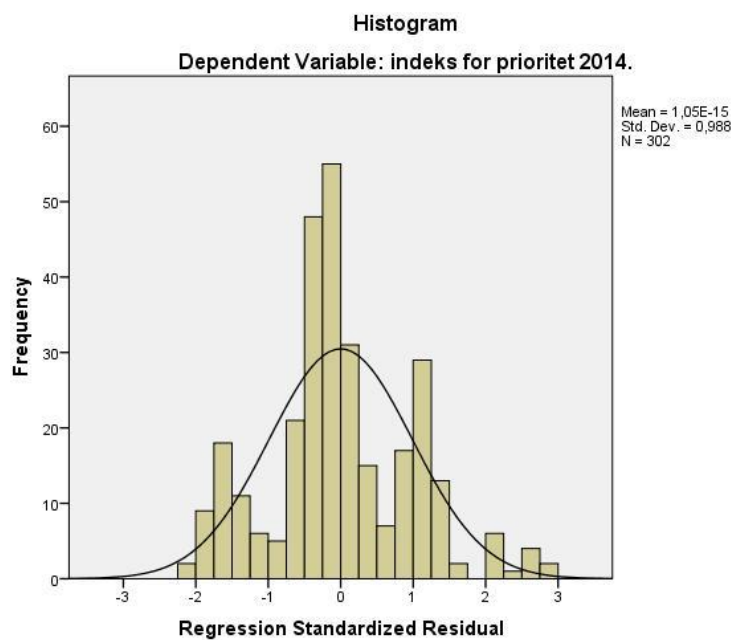
Vedlegg 2. Forutsetninger for regresjonsanalysen

Figurene gjelder regresjonsanalyse 1 med indeks for prioritet som avhengig variabel. Figurene var lignende for de andre regresjonsanalysene.

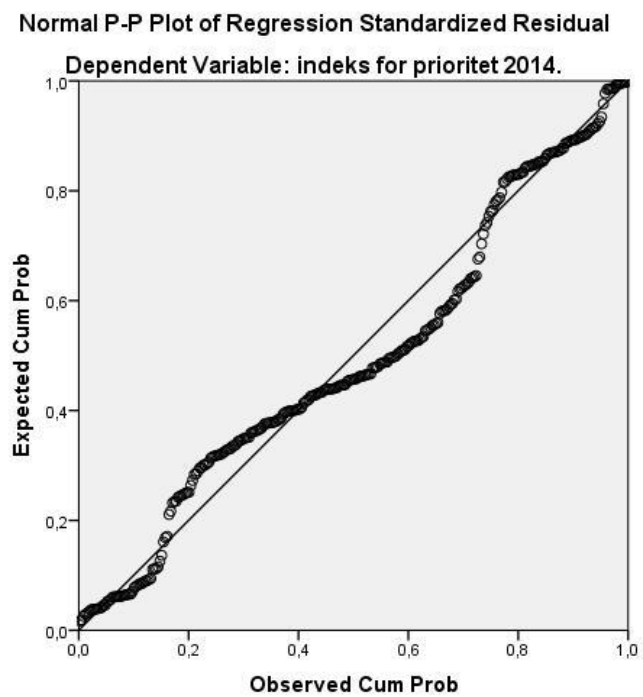
2.1.Graf for homoskedastisitet og linearitet.



2.2.Histogram for standardiserte residualer.



2.3.Kumulativt sannsynlighetsplot.



Vedlegg 3. Regresjonsanalyser

3.1. Regresjonsanalyse med dummyvariabler for sentralitet. Indeks for prioritet er avhengig variabel.

Uavhengige variabler	Modell 1			Modell 2			Modell 3		
	b	SE(b)	Beta	b	SE(b)	Beta	b	SE(b)	Beta
Konstant	.821	.333		.576	.358		.675	.373	
Innbyggertall	.167***	.042	.273	.162***	.042	.266	.156	.043	.255
S1: mindre sentrale kommuner	.220	.135	.099	.194	.137	.087	.188	.137	.085
S2: noe sentrale kommuner	-.180	.125	-.096	-.189	.126	-.101	-.216	.129	-.115
S3: sentrale kommuner	-.200	.115	-.130	-.207	.116	-.135	-.226	.118	-.148
Tonivåmodell				.012	.100	.007	.026	.101	.015
Sentralisert adm. budsjettprosess				.312	.172	.178	.327	.173	.187
Sentralisert pol. budsjettprosess				.310	.187	.161	.330	.188	.172
Driftsresultat per innbygger							-.009	.015	-.035
Rødgrønn ordfører							-.068	.084	-.047
r ²	.066			.077			.080		

Signifikansnivå: *** p < 0.001

Minst sentrale kommuner er referansekategori.

3.2. Regresjonsanalyse med nye tjenestetilbud som uavhengig variabel. Indeks for prioritet som avhengig variabel.

Uavhengige variabler	Modell 1			Modell 2			Modell 3		
	b	SE(b)	Beta	b	SE(b)	Beta	b	SE(b)	Beta
Konstant	.797	.330		.538	.356		.668	.370	
Innbyggertall	.177***	.041	.289	.171***	.041	.279	.153***	.043	.251
Sentralitet	-.263**	.097	-.182	-.265**	.097	-.184	-.296**	.100	-.205
Tonivåmodell				.004	.100	.002	.022	.101	.012
Sentralisert adm. budsjettprosess				.343*	.170	.196	.367*	.171	.210
Sentralisert pol. budsjettprosess				.325	.186	.169	.346	.187	.180
Driftsresultat per innbygger							-.011	.015	-.043
Rødgrønn ordfører							-.075	.084	-.052
Nye tjenestetilbud							.029	.028	.061
r ²	.059			.072			.079		

Signifikansnivå: * p < 0.05, ** p < 0.01, *** p < 0.001

3.3. Regresjonsanalyse med tjenestetilbud som avhengig variabel.

Uavhengige variabler	Modell 1			Modell 2			Modell 3		
	b	SE(b)	Beta	b	SE(b)	Beta	b	SE(b)	Beta
Konstant	-.651	.692		-.567	.747		-.898	.774	
Innbyggertall	.328***	.086	.252	.339***	.087	.260	.364***	.088	.279
Sentralitet	.246	.203	.080	.258	.204	.084	.325	.208	.106
Tonivåmodell				-.055	.210	-.015	-.093	.212	-.025
Sentralisert adm. budsjettprosess				-.263	.358	-.070	-.308	.359	-.083
Sentralisert pol. budsjettprosess				.059	.391	.014	-.001	.393	.000
Driftsresultat per innbygger							.046	.031	.087
Rødgrønn ordfører							.108	.176	.035
r^2	.092			.099			.107		

Signifikansnivå: *** $p < 0.001$